

Al Direttore/Coordinatore
della Scuola di Specializzazione in
.....
Università degli Studi di Palermo

Al Consiglio/Comitato Ordinatore
della Scuola di Specializzazione in
.....
Università degli Studi di Palermo

LORO SEDE

Oggetto: richiesta di autorizzazione periodo di frequenza fuori rete formativa.

Il/La sottoscritto/a,
nato/a a, il, Codice Fiscale
....., Assistente in
Formazione regolarmente iscritto/a al
anno della Scuola di Specializzazione in
..... dell'Università
degli Studi di Palermo, con la presente

CHIEDE

alle SS.LL. di poter usufruire di un periodo di frequenza presso
.....,
dal al, dedicato al perfezionamento di
.....

Il/La sottoscritto/a dichiara che per il suddetto periodo di frequenza la copertura assicurativa sarà:

- a carico dell'Azienda ovvero della struttura, italiana o straniera, ospitante;
- in caso d'indisponibilità delle stesse, a proprio carico con assunzione in via esclusiva di ogni onere e costo. In tale caso, il/la sottoscritto/a allega alla presente richiesta:
 - certificato di polizza assicurativa per responsabilità civile;
 - certificato di polizza assicurativa per infortuni.

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere a conoscenza del fatto che l'autorizzazione della presente richiesta è subordinata alla stipula di convenzione *ad personam* tra la Scuola di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Palermo e la struttura ospitante.

Il/La sottoscritto/a s'impegna a fornire la documentazione comprovante il periodo di frequenza espletato presso la struttura ospitante.

Con osservanza.

....., li

F.to
(Firma dello Specializzando)