



SCUOLA DI PEDIATRIA

RICHIESTA RINNOVO

STUDENTE FREQUENTATORE

Al Direttore della Cattedra di Pediatria

Prof. Paolo Rossi

Oggetto: Richiesta di frequenza - Scienze Pediatriche

Il/la sottoscritto/a..... nato/a a
il giorno/...../..... CF N°cell
e-mail..... iscritto/a al..... anno
della Facoltà di presso l'Università di Roma Tor Vergata

CHIEDE

di poter frequentare in qualità di studente frequentatore per un periodo di mesi (max 6 rinnovabili) A
partire dal mese di *

La U.O. (n°ore.....)

Si autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del Decreto legislativo 2003/196 per le finalità inerenti
il trattamento della suddetta richiesta.

Distinti saluti

Firma.....

Data/...../.....

*per la tempistica considerare che la procedura di autorizzazione richiede da 30 a 60 giorni

RISERVATA AL DIRETTORE DELLA CATTEDRA DI PEDIATRIA

In relazione alla richiesta di frequenza di
esprimo parere:

- Favorevole
- Non favorevole

Il tutor assegnato per la frequenza suddetta sarà

Prof. Paolo Rossi