



SCUOLA DI PEDIATRIA

RICHIESTA RINNOVO

STUDENTE FREQUENTATORE

Al Direttore della Cattedra di Pediatria

Prof. Paolo Rossi

Oggetto: Richiesta di frequenza presso il Dipartimento Pediatrico Universitario Ospedaliero

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

CHIEDE

di poter frequentare per un periodo di mesi (max 6 rinnovabili) A partire dal mese di *.....
il Dipartimento Pediatrico Universitario Ospedaliero ai fini di effettuare (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 DEL DPUO

In relazione alla richiesta di di frequentare per il DPUO di cui sono il Direttore
esprimo parere

- Favorevole
- Non favorevole

Il tutor assegnato per la frequenza suddetta sarà

Prof. Paolo Rossi