



# SCUOLA DI PEDIATRIA

RICHIESTA     RINNOVO

## STUDENTE FREQUENTATORE

Alla Cattedra di Chirurgia Pediatrica

Prof. Alessandro Inserra

Oggetto: Richiesta di frequenza presso il Dipartimento Chirurgie

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 Chirurgie 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 DI DIPARTIMENTO

In relazione alla richiesta di ..... di frequentare per ..... il Dipartimento Chirurgie di cui  
sono il Direttore esprimo parere

- Favorevole
- Non favorevole

Il tutor assegnato per la frequenza suddetta sarà .....

Prof. Alessanro Inserra