



SCUOLA DI PEDIATRIA

RICHIESTA RINNOVO

STUDENTE FREQUENTATORE

Alla Cattedra di Chirurgia Pediatrica

Prof. Pietro Bagolan

Oggetto: Richiesta di frequenza presso il Dipartimento Medico Chirurgico del Feto-Neonato-Lattante

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 Medico Chirurgico del Feto-Neonato-Lattante 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 Medico Chirurgico del Feto-Neonato-Lattante di cui sono il Direttore esprimo parere

- Favorevole
- Non favorevole

Il tutor assegnato per la frequenza suddetta sarà

Prof. Pietro Bagolan