

Richiesta Studente Frequentatore/Rinnovo

Al

Direttore Cattedra di Pediatria  
Prof. Paolo Rossi

OGGETTO: Richiesta di frequenza presso il Dipartimento Pediatrico Universitario Ospedaliero

Il/la sottoscritto/a.....nato/a a .....  
Il.....codice fiscale..... n° cell.....  
e-mail..... iscritto/a al ..... anno.....  
della Facoltà di.....presso l'Università di .....

CHIEDE

di poter frequentare per un periodo di (max 6 mesi 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 ..... mesi il DPUO di cui sono il Direttore esprimo parere

- Favorevole
- Non favorevole

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

Prof. Paolo Rossi