



Al Magnifico Rettore
Università degli Studi di Verona

Al Direttore della Scuola di Specializzazione in

RICHIESTA STAGE FUORI RETE FORMATIVA IN ITALIA

Il/La sottoscritto/a _____ matr. n. _____

nato/a a _____ il _____ (scrivere in stampatello) cod. fiscale _____

residente a _____ in Via _____ n. _____

cap. _____ telefono _____ cell. _____

e-mail _____

medico in formazione specialistica iscritto/a al ____° anno di corso della Scuola di Specializzazione in

CHIEDE

di poter svolgere un periodo di stage fuori rete formativa presso:

Struttura del tirocinio: _____

Via _____ n. _____

Comune _____ Cap _____

Periodo del tirocinio: n. mesi _____ dal _____ al _____

Nominativo del tutor: Dott./Dott.ssa _____

Obiettivi e modalità del tirocinio:

Verona, _____

Il/La Dott./Dott.ssa _____ Firma _____

Il responsabile della struttura Dott./Dott.ssa _____ concede il nulla osta allo stage e attesta che il potenziale formativo non raggiunge il livello di saturazione, in rapporto al numero dei medici in formazione specialistica di altro Ateneo convenzionato che frequentano la struttura, ai sensi del D.I. 402/2017.

Firma _____