



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI BRESCIA

AL MAGNIFICO RETTORE
dell'Università degli Studi di Brescia
P.zza del Mercato, 15
25121 – BRESCIA ---

Al Direttore Della Scuola Di Specializzazione in _____
_____ Prof. _____

Alla U.O.C. Scuole di Specializzazione

L sottoscritt_ Dott. _____ nato_ a _____
_____ il _____ residente a _____
_____ in via _____ iscritto per
l'a.a. _____ al _____ anno della Scuola di Specializzazione in _____

C H I E D E

Ai sensi dell'art. 40 comma 6 del D. L.vo 368 del 17/08/1999, l'autorizzazione a frequentare, per un periodo della durata di _____, dal _____ al _____ il reparto di _____ presso l'Ospedale di _____, dove svolgerà attività di medico in formazione specialistica.

Brescia _____

In fede

Dott. _____

Si allegano:

1. copia della delibera di autorizzazione del Consiglio della Scuola o autorizzazione in originale scritta del Direttore della Scuola;
2. lettera accettazione struttura ospitante;
3. copia polizza assicurativa personale (per rischi professionali, per la responsabilità civile contro terzi e infortuni connessi all'attività assistenziale svolta dal medico in formazione) o lettera della struttura ospitante che attesti la copertura assicurativa.