All’attenzione

del Direttore dell’Unità Operativa di

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana

**OGGETTO: Autorizzazione frequenza volontaria U.O. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Con la presente il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) – studente/ssa iscritto/a al \_\_\_\_\_\_ anno del C.d.L. in Medicina e Chirurgia, canale \_\_\_\_ (Numero Matricola \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) – **chiede** di poter frequentare volontariamente l’U.O. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dell’Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana.

La frequenza è finalizzata all’ampliamento della conoscenza delle nozioni basilari di pratica clinica e della semeiotica medico-chirurgica.

La frequenza si svolgerà nel periodo: dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Il/la sottoscritto/a si impegna altresì a svolgere tale attività in orari che non coincidano con le attività didattiche previste dal Piano di Studi, nonché a sottostare a tutte le indicazioni fornite dal Direttore della U.O. e dai suoi fiduciari.

Distinti saluti.

Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

­­­

Il/la sottoscritto/a Prof./Dott. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, direttore dell’U.O. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **autorizza** la frequenza dell’Unità Operativa stessa da parte dello/a studente/ssa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_per le motivazioni e alle condizioni sopraindicate.

Firma e timbro del Direttore dell’U.O.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_