Al Direttore U.O.

SEDE

Alla Direzione Sanitaria Azienda

Ospedaliera

SEDE

Alla Segreteria delle Scuole di

Specializzazione Area Sanitaria

Dott. Ercole Angelucci

SEDE

Al Coordinamento Scuole di

Specializzazione Area Sanitaria

D.ssa Elisabetta Dessy

SEDE

Oggetto: *Richiesta di svolgimento attività fuori rete formativa ai sensi del DIM n. 402/2017 per*

Si chiede di accogliere il/la D.ssa/Dr iscritta/o al \_\_\_\_ anno della Scuola di Specializzazione in \_\_\_ per la frequenza di un periodo di formazione extra rete formativa dal \_\_\_\_\_\_\_ presso la UO da Lei diretta per acquisire le competenze specifiche inserite in allegato alla proposta di convenzione, da restituire compilata nelle parti di competenza e debitamente sottoscritta.

Distinti saluti

Roma, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

IL DIRETTORE DELLA SCUOLA