Al Collegio dei Docenti del dottorato in

“Oncologia e Chirurgia Sperimentali”

Al Coordinatore del dottorato in

“Oncologia e Chirurgia Sperimentali”

Il/la sottoscritto/a ……………….. nato/a a ……………… il …………………. residente a ……………. in via ……………………………………………… iscritto/a al …. anno del dottorato di ricerca in “Oncologia e Chirurgia Sperimentali” ciclo ……..,

CHIEDE

di poter svolgere attività assistenziale presso la UO ………………………………….. del Policlinico “Paolo Giaccone”.

A tal fine dichiara di:

-essere iscritto all'Albo professionale dei Medici e Chirurghi di Palermo al numero …………

- di aver conseguito la Specializzazione in ………………………... in data …………………………;

- che l'attività assistenziale sarà svolta al di fuori dell'impegno orario previsto istituzionalmente dal corso di dottorato di ricerca;

- di essere disponibile a svolgere l'attività assistenziale, anche in emergenza/urgenza notturna e/o festiva, in strutture dell’Azienda;

VISTO LUOGO E DATA

PARERE FAVOREVOLE DEL TUTOR

FIRMA TUTOR

FIRMA DOTTORANDO/A