

Al Direttore/Coordinatore  
della Scuola di Specializzazione in  
.....  
Università degli Studi di Palermo

Al Consiglio/Comitato Ordinatore  
della Scuola di Specializzazione in  
.....  
Università degli Studi di Palermo

*LORO SEDE*

**Oggetto:** richiesta di autorizzazione periodo di frequenza fuori rete formativa.

Il/La sottoscritto/a .....,  
nato/a a ....., il ....., Codice Fiscale  
....., Assistente in  
Formazione regolarmente iscritto/a al .....  
anno della Scuola di Specializzazione in  
..... dell'Università  
degli Studi di Palermo, con la presente

**CHIEDE**

alle SS.LL. di poter usufruire di un periodo di frequenza presso  
.....,  
dal ..... al ....., dedicato al perfezionamento di  
..... .

Il/La sottoscritto/a dichiara che per il suddetto periodo di frequenza la copertura assicurativa sarà:

- a carico dell'Azienda ovvero della struttura, italiana o straniera, ospitante;
- in caso d'indisponibilità delle stesse, a proprio carico con assunzione in via esclusiva di ogni onere e costo. In tale caso, il/la sottoscritto/a allega alla presente richiesta:
  - certificato di polizza assicurativa per responsabilità civile;
  - certificato di polizza assicurativa per infortuni.

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere a conoscenza del fatto che l'autorizzazione della presente richiesta è subordinata alla stipula di convenzione *ad personam* tra la Scuola di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Palermo e la struttura ospitante.

Il/La sottoscritto/a s'impegna a fornire la documentazione comprovante il periodo di frequenza espletato presso la struttura ospitante.

Con osservanza.

....., lì .....

F.to .....  
(Firma dello Specializzando)