|  |  |
| --- | --- |
|  | **DIPARTIMENTO DI DISCIPLINE CHIRURGICHE, ONCOLOGICHE E STOMATOLOGICHE**  **Dottorato di ricerca in Oncologia e Chirurgia Sperimentali** |

Palermo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Alla C.a.

Coordinatore del

Dottorato di Ricerca in

Oncologia e Chirurgia Sperimentali

**Oggetto**: Richiesta partecipazione al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ che si terrà a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nel/nei giorno/i\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con rientro previsto nel giorno\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dottorando/a del Dottorato di Ricerca in Oncologia e Chirurgia Sperimentali, ciclo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di poter partecipare al congresso/convegno/corso in oggetto.

Cordiali saluti

Firma Phdst

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

Il Tutor

Prof.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

VISTO

SI AUTORIZZA

Il Coordinatore