

Alla cortese attenzione del Direttore Generale del _____

e per cc al Direttore Sanitario Aziendale del _____

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ prov. _____ il _____

Residente a _____ in Via _____

Iscritto/a al _____ anno del Corso di laurea in Medicina e Chirurgia (LM-41) presso l'Università degli Studi LINK, Roma

CHIEDE

di poter frequentare il Reparto/Servizio di _____

per il seguente motivo: ATTIVITÀ ADE ELETTIVO PRESSO STRUTTURE ESTERNE ALL'ATENEO.

Il/La studente/essa

Visto il Responsabile
del Reparto/Servizio

Coordinatore Cds / Responsabile ADE

Valore ADE

Direzione Didattica

Lì _____