

All'Azienda Ospedaliero – Universitaria
Policlinico di Bari

e, p.c. Al Magnifico Rettore
Università degli Studi di Bari "Aldo Moro"
rapporti.sanita@uniba.it

Oggetto: Richiesta di autorizzazione allo svolgimento dell'attività assistenziale da parte del/la Dott./ssa
....., titolare di assegno di ricerca.

Il/la sottoscritto/a Prof./ssa, in qualità di Docente
Tutor, previo conforme parere del Consiglio di Dipartimento
..... (che si allega in copia)

C H I E D E

che il/la Dott./ssa, nato/a a
il telefono, e-mail
....., titolare di assegno di ricerca
..... (estremi del contratto stipulato) in possesso
del seguente titolo di studio conseguito
presso l'Università di il, specialista in
....., in possesso
dell'abilitazione per l'esercizio della libera professione di
..... iscritto all'albo professionale
..... sia autorizzato alla frequenza
dell' Unità Operativa, diretta dal/la Prof./ssa
..... con conseguente svolgimento dell'attività assistenziale connessa al
programma di ricerca dei titolari di assegno di ricerca, che terminerà in data, necessaria
per il raggiungimento degli obiettivi del programma di ricerca
.....

data _____

firma _____