***Inviare via e-mail a :faudella@med.uniroma2.it***



 Al Prof………………………………………..

Oggetto: Richiesta di frequenza - Scienze Pediatriche

Il/la sottoscritto/a………………………………………………………………………………… nato/a a …………………………………… il giorno ....../……/…… CF …. …. …. …. …. …. …. ….. …. …. …. …. …. …. …. …. N°cell ……………………………………………. e‐mail………………………………………………………………………………………………. iscritto/a al.................................... anno della Facoltà di …………………………………………………… presso l’Università di Roma Tor Vergata CHIEDE di poter frequentare in qualità di studente frequentatore per un periodo di mesi (max 6 rinnovabili) ……… A partire dal mese di \*……………………. La U.O. ………………………………… (n°ore…..............................................................................................................)

Si autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del Decreto legislativo 2003/196 per le finalità inerenti il trattamento della suddetta richiesta.

Distinti saluti Firma…………………………………………………………

Data ..…./….../……

---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

RISERVATA AL PROFESSORE DELLA CATTEDRA DI PEDIATRIA CHE RICEVE LA RICHIESTA

In relazione alla richiesta di frequenza di.................. ……………………………………………… esprimo parere:

o Favorevole

o Non favorevole

 Il tutor assegnato per la frequenza suddetta sarà ………………………………………………………………………………………….

Prof………………………………………………………….

*\*NB \_ per la tempistica considerare che la procedura di autorizzazione richiede da 30 a 60 giorni*