

Al Preside  
Facoltà di Medicina e Odontoiatria  
Sapienza Università di Roma  
SEDE

Roma,

**OGGETTO: Richiesta autorizzazione allo svolgimento attività di assistenza - Dottorando di Ricerca dell'area medica**

Il/la sottoscritto/a  nato/a a  il ,  
Dottorando di ricerca afferente al Dipartimento Universitario di   
Facoltà di Medicina e Odontoiatria, iscritto al Dottorato in   
- Ciclo  con decorrenza dal  al .

**CHIEDE L'AUTORIZZAZIONE**

ai sensi della normativa vigente e in particolare l'art. 16 punto 6. del Regolamento in materia di dottorato di ricerca emanato con D.R. n. 1000/2022 Prot. n. 28390 del 24/03/2022, a poter partecipare all'attività clinico – assistenziale finalizzata esclusivamente alla realizzazione del progetto di ricerca dal titolo “

” (Tutor Prof.   
) , presso la UO  -  
Servizio di .

In fede,

\_\_\_\_\_ (Firma interessato)

Firme

\_\_\_\_\_ (Firma Direttore Dipartimento Universitario)

\_\_\_\_\_ (Firma Coordinatore Dottorato)

\_\_\_\_\_ (Firma Tutor)

\_\_\_\_\_ (Firma Responsabile UOC) \*

\*Nel caso di una UOD, è necessaria la firma del Direttore DAI