



## RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI UN PERIODO DI FORMAZIONE ALL'ESTERO

Al/Alla Direttore/Direttrice della  
Scuola di specializzazione in

---

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_ iscritto/a al \_\_\_\_\_

anno della Scuola di Specializzazione in \_\_\_\_\_

presso l'Università degli Studi di Padova, ai sensi dell'art. 40 comma 6 del D. Lgs. 17 agosto 1999.  
n. 368,

### **Chiede**

di poter svolgere un periodo di formazione specialistica, in conformità al proprio programma  
formativo personale, presso la seguente struttura sanitaria estera:

Università di \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Stato \_\_\_\_\_,

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_.

Si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione di periodo.

### **Dichiara**

di essere a conoscenza che in caso di autorizzazione dovrà produrre la seguente documentazione:



- Dichiarazione da parte dell'ente ospitante in cui lo stesso attesta che provvederà alla copertura assicurativa per responsabilità civile professionale, ovvero copia dell'attestazione della polizza assicurativa, nel caso in cui si sia provveduto in proprio alla stipula della polizza;
- Lettera d'accettazione dell'ente ospitante;

**Allega**

Copia del progetto formativo.

---

(luogo e data) (firma del/della richiedente)

**RECAPITO:**

Via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

