



Al Magnifico Rettore
Università degli Studi di Verona

Al Direttore
Scuola di Specializzazione in

Università degli Studi di Verona

**RICHIESTA PERIODO DI FORMAZIONE FUORI RETE
FORMATIVA IN STRUTTURE ESTERE**

Il/La sottoscritto/a _____ matr. n. _____
Medico in Formazione Specialistica regolarmente iscritto/a al _____ anno di corso A.A. 20____/____
della Scuola di Specializzazione in _____

CHIEDE

di poter svolgere:

- un periodo di stage fuori rete formativa
 prolungamento di stage già attivo

Dal ____/____/____ dal ____/____/____ presso:

Il/la sottoscritto/a allega il modulo dell'Accordo per l'attività fuori rete formativa per medici in formazione specialistica compilato e sottoscritto, nella parte di competenza, dalla struttura ospitante.

Verona, _____

(FIRMA)