**Alla c.a.**

Università di Verona

U.O. Dottorati di Ricerca

U.O. Scuole di Specializzazione

Pec: [ufficio.protocollo@pec.univr.it](mailto:ufficio.protocollo@pec.univr.it)

**NULLA OSTA FREQUENZA CONGIUNTA SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE AREA MEDICA E CORSO DI DOTTORATO DI RICERCA.**

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Con la presente i sottoscritti, Prof/Prof.ssa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Direttore/Direttrice della Scuola di Specializzazione di Area Medica in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con sede presso l’Università degli Studi di *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(specificare sede di erogazione del corso)* e della durata complessiva di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, e Prof/Prof.ssa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Coordinatore/Coordinatrice del Corso di Dottorato in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con sede presso l’Università degli Studi di Verona,

valutata la compatibilità tra le attività e l’impegno previsti dalla Scuola di Specializzazione e dal Corso di Dottorato sopra citati e tenuta in considerazione l’eventuale distanza tra le due sedi di erogazione così come previsto dall’art. 7 del D.M. 226/2021 e dal Regolamento degli Studi per il Dottorato di Ricerca,

dichiarano

che nulla osta alla frequenza congiunta dei due corsi da parte del/lla Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, specializzanda iscritta al \_\_\_\_\_\_\_\_ anno della Scuola di Specializzazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Di tale nulla osta verrà data opportuna comunicazione rispettivamente in Consiglio della Scuola di Specializzazione e in Collegio Docenti del Dottorato nella prima seduta utile.

|  |  |
| --- | --- |
| Il/La Direttore/Direttrice della Scuola di Specializzazione  Prof./Prof.ssa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Il/La Coordinatore/Coordinatrice del Corso di Dottorato  Prof./Prof.ssa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |