



**Università  
degli Studi  
di Ferrara**

Ufficio Supporto Trasversale Dipartimenti Cona  
e Segreteria delle Scuole di Specializzazione

*Meta Struttura Medico – Chimica*

Al Dott/Prof.....

Direttore della struttura (U.O./Servizio)

.....

Oggetto: richiesta di svolgimento attività “fuori rete formativa” (ai sensi del D.I. n. 402/2017) per il

Dott. .... dal..... al.....

Si chiede di accogliere il Dott.....  
iscritto al .... anno della Scuola di Specializzazione in .....  
per la frequenza di un periodo di formazione extra rete formativa dal ..... al .....  
presso la struttura da lei diretta, al fine di acquisire le competenze specifiche descritte nella proposta  
di accordo allegata, da restituire compilata nelle parti di competenza (*denominazione struttura, Legale  
Rappresentante ed e-mail, dichiarazione appartenenza reti formative, Modalità di supervisione e valutazione delle  
attività formative e copertura assicurativa*) e debitamente sottoscritta da parte del Legale Rappresentante  
dell’Ente di appartenenza.

Cordiali saluti.

Data .....

Il Direttore della Scuola di Specializzazione in .....

e-mail .....

Timbro e Firma

.....