



Università degli Studi di Ferrara

UFFICIO SUPPORTO TRASVERSALE DIPARTIMENTI CONA E
SEGRETERIA SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE

Alla Direzione Generale
Azienda Ospedaliera /AUSL

.....

Al Direttore.....
della struttura.....

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 alanno 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 pertinenza e debitamente sottoscritta.

Cordiali saluti.

Data _____

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

Timbro e Firma
