



MODULO AUTORIZZAZIONE MISSIONE
Dei MEDICI IN FORMAZIONE SPECIALISTICA

Roma,

Prot. n. _____

Nominativo _____

medico in formazione specialistica in _____

in servizio presso il _____

Località missione _____

Data inizio _____ ore _____ Data termine _____ ore _____

Finalità _____

Il Medico in formazione specialistica

Il Direttore della Scuola di Specializzazione

Il Direttore del Dipartimento

Parte riservata al Direttore della Scuola di Specializzazione

Il sottoscritto Prof. _____ Direttore del Scuola di Specializzazione in _____

dichiara sotto la propria responsabilità che la spesa per il suddetto viaggio graverà sui fondi della Scuola di Specializzazione in _____

Dichiaro che nel periodo di durata del viaggio il Dr. _____ riveste ancora la qualifica di medico in formazione specialistica.

Roma,

Il Direttore del Scuola di Specializzazione