Al Coordinatore del corso/Tutor responsabile del corso di Dottorato in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Al Direttore dell’UOC/UOSD\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Oggetto: Dott.ssa/Dott. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ . Proposta di autorizzazione allo svolgimento di attività assistenziale ai sensi dell’art. dall’art. 13 comma 4 del *“Protocollo di intesa tra la Regione del Veneto e l’Università di Verona disciplinante l’apporto della Scuola di Medicina e Chirurgia alle attività assistenziali del Servizio Sanitario Regionale”* del 6 novembre 2018 e relativo Accordo attuativo tra Università di Verona e A.O.U.I. di Verona.

Il sottoscritto Prof.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Direttore del Dipartimento di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ATTESTA

che la/il Dottoranda/o di Ricerca Dott.ssa/Dott. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ è in possesso dei requisiti relativi:

* all’abilitazione all’esercizio della professione,
* all’iscrizione all’albo dell’ordine professionale,
* alla specializzazione coerente per l'ambito assistenziale

ai fini della richiesta di autorizzazione allo svolgimento delle attività assistenziali, funzionali alle attività assegnate con il Progetto di ricerca.

Verona, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il Direttore di Dipartimento

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_