

Al Magnifico Rettore  
Università degli Studi di Roma  
“Tor Vergata”  
S e d e

Domanda per la frequenza congiunta Dottorato di Ricerca/Scuola di specializzazione

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ matricola \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_

iscritto/a all'ultimo anno della Scuola di specializzazione in \_\_\_\_\_ (\*)

decorrenza contratto \_\_\_\_\_

chiede, secondo quanto previsto dall'art. 7 del Decreto del Ministro dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca nr. 94 dell'8 febbraio 2013, la frequenza congiunta del Corso di Dottorato di Ricerca

in: \_\_\_\_\_

e la Scuola di specializzazione in: \_\_\_\_\_

Firma dello/a Specializzando/a

\_\_\_\_\_

(\*) La frequenza congiunta Dottorato di Ricerca/Scuola di specializzazione medica è consentita esclusivamente durante l'ultimo anno di corso della Scuola di specializzazione.

Roma, \_\_\_\_\_

La suddetta documentazione dovrà essere inviata a: [segreteriaasm@uniroma2.it](mailto:segreteriaasm@uniroma2.it)