

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: segreteriassm@uniroma2.it