

Modulo 08

Al Magnifico Rettore
dell'Università degli Studi di Roma
Tor Vergata

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

Il/La sottoscritto/a _____, matricola _____,
codice fiscale _____, nato/a a _____ (___),
il _____, residente in _____ (___),
Via/Piazza _____, nr. di cellulare: _____,
iscritto/a all'ultimo anno* della Scuola di Specializzazione in _____,
decorrenza contratto / inizio attività didattica _____,

secondo quanto previsto dall'art. 7, Decreto Ministeriale 08/02/2013, n. 94,

CHIEDE

la **frequenza congiunta** del Corso di Dottorato di Ricerca in _____
e della Scuola di Specializzazione in _____.

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

Roma, _____

Con osservanza,

La suddetta documentazione dovrà essere inviata a: segreteriaasm@uniroma2.it