



Al Magnifico Rettore
Università degli Studi di Verona

Al Direttore
Scuola di Specializzazione in

Università degli Studi di Verona

**RICHIESTA PERIODO DI FORMAZIONE FUORI RETE
FORMATIVA IN STRUTTURE ESTERE**

Il/La sottoscritto/a _____ matr. n. _____
Medico in Formazione Specialistica regolarmente iscritto/a al ____ anno di corso A.A. 20__/20__
della Scuola di Specializzazione in _____

CHIEDE

di poter svolgere un periodo di formazione all'estero dal __/__/____ al __/__/____ presso

Il/la sottoscritto/a allega il modulo dell'Accordo per l'attività fuori rete formativa per medici in
formazione specialistica compilato e sottoscritto, nella parte di competenza, dalla struttura ospitante.

Verona, _____

(FIRMA)