

Al Direttore Generale
Ospedale Evangelico Internazionale
Salita Superiore S. Rocchino, 31 a
16122 GENOVA

Io sottoscritto _____ nat_ a _____
il ___/___/19___ residente a _____ in
Via/Piazza _____ n. _____
Cap. _____ (tel. _____) in possesso del seguente titolo di studio
_____ conseguito in data ___/___/20___ - frequentante il corso
_____).

CHIEDO

di poter svolgere **attività di formazione come specializzando** presso
_____ con decorrenza dal ___/___/20___ e per un
periodo di _____ così come richiesto dalla Facoltà di
_____ dell'Università di Genova con nota prot.
_____ del _____ che si allega alla presente richiesta.

Allego alla presente domanda (*):

- richiesta Università
- titoli di studio (laurea)
- autocertificazione (modulo consegnato dall'Ente)
- fototessera
- fotocopia documento d'identità e codice fiscale

Genova, _____
_____ (firma)

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Il sottoscritt_ _____ autorizza e
acconsente che i dati da me indicati nella presente possano essere conservati agli atti dell'Ospedale
Evangelico Internazionale.

In fede _____
_____ (firma)

Ospedale Evangelico Internazionale
Salita Superiore San Rochhino, 31 a
16122 GENOVA

SERVIZIO: _____

Il Direttore della Struttura complessa di _____

Dr. _____ esprime parere _____

all'attività di formazione come specializzando in _____

da parte del Dr. _____

L'attività può avere inizio il _____

e durata _____

Genova, _____

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO

Visto il DIRETTORE SANITARIO
