

Allegato 1A

Fac simile da riprodurre su CARTA INTESTATA DELL'UNIVERSITA' DI  
PROVENIENZA  
Scuola di Specializzazione in .....

Al Dr./Prof...  
Direttore U.O. /SSD \_\_\_\_\_  
IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna

Alla Direzione Sanitaria  
IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna

Data \_\_\_\_\_

*Richiesta di accettazione alla frequenza del Dr/Dr.ssa \_\_\_\_\_ iscritto/a al .....anno della Scuola di Specializzazione in “.....” presso l'Università di .....*

Con la presente chiedo di accogliere il Dr... **nome/cognome** ..... per un periodo di frequenza dal ...**gg/mm/aa**.... al ... **gg/mm/aa**. da svolgersi presso la struttura da Lei diretta, per acquisire competenze specifiche nell'ambito .....**(descrizione sintetica)**

Distinti saluti.

Il Direttore della Scuola di Specializzazione

**Occorre indicare l'indirizzo e-mail Direttore per invio della lettera di Autorizzazione**