



UNIVERSITÀ DI PARMA

DIPARTIMENTO DI MEDICINA E CHIRURGIA

Via Gramsci, 14 - 43126 Parma

Tel: +39 0521 033184 fax: +39 0521 033185

e-mail: amministrazione.dimec@unipr.it - PEC: DipMedicina@pec.unipr.it

Al Direttore
Scuola di Specializzazione in

Prof. _____
Università di Parma

Parma,

Il/la sottoscritto/a Dott./Dott.ssa _____, medico in
formazione specialistica/specializzando/a, regolarmente iscritto/a al _____ anno, nel
periodo che va dal _____ al _____ chiede i poter partecipare a:

- al convegno (denominazione, luogo) _____
- missione (motivazione e luogo) _____
- Altro (specificare) _____

Nulla Osta
Il Direttore della Scuola
Prof. _____

N.B. una volta che il documento è firmato una copia rimane agli atti della Scuola ed una va inviata all'Ufficio Rilevazione Presenze – Servizio Gestione Sviluppo del Personale, Azienda Ospedaliero Universitaria al fine della gestione corrette delle timbrature