

Fac simile

Carta intestata ASL

Al Magnifico Rettore  
Università di Roma "La Sapienza"  
SEDE

Ai fini dell'immatricolazione alla Scuola di Specializzazione in

.....

Facoltà di .....

si dichiara che

- Il dott. \_\_\_\_\_  
nat\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
è dipendente di questa ASL dal \_\_\_\_\_ a tutt'oggi con contratto a tempo  
indeterminato con la qualifica di \_\_\_\_\_ .

- la partecipazione su posti riservati alla formazione specialistica da parte del  
medico dipendente del SSN risponde a specifiche esigenze dell' Amministrazione e, in  
merito, questa ASL, con oneri a proprio carico, autorizza lo svolgimento, durante l'orario di  
servizio e in luogo dell'attività lavorativa presso la propria sede, l'attività formativa a tempo  
pieno presso le strutture della Scuola di specializzazione

,

La Direzione Sanitaria

(timbro e firma)