

**Fac-simile di dichiarazione dell'Azienda Ospedaliera
da allegare alla domanda di immatricolazione
per i medici dipendenti del S.S.N. in servizio in strutture sanitarie fuori rete formativa**
(da stampare su carta intestata dell'Ente di appartenenza)

Si certifica che il Dott./la Dott.ssa _____ nato il _____ a _____,
ricopre il ruolo di Dirigente Medico con contratto a tempo indeterminato a partire dal _____ ed è
assegnato all'unità operativa di _____ di questa Azienda Ospedaliera.

Si dichiara che è interesse preminente di questa Amministrazione che il Dott./la Dott.ssa
_____ consegua la Specializzazione in _____
presso l'Università degli Studi di Milano-Bicocca.

Il/La Dott./Dott.ssa _____ è autorizzato a svolgere l'attività formativa presso
l'Università durante l'orario ordinario di servizio, e a frequentare le diverse strutture, servizi, settori e attività
in cui è articolata la singola Scuola, con modalità e tempi di frequenza funzionali agli obiettivi formativi
stabiliti dal Consiglio della Scuola.

FIRMA DEL FUNZIONARIO RESPONSABILE
AZIENDA OSPEDALIERA