

## DELEGA

Al Magnifico Rettore dell'Università degli Studi di Ferrara  
Ripartizione Rapporti con Servizio Sanitario Nazionale  
Via Aldo Moro, 8  
44124 Cona (FE)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

- iscritto/a al \_\_\_\_\_ anno della Scuola di Specializzazione in \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ per l'anno accademico \_\_\_\_\_

ovvero

- avendo conseguito la Specializzazione in \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

presso l'Università degli Studi di Ferrara

## DELEGA

Il/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

### AD EFFETTUARE LE SEGUENTI OPERAZIONI:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*Dichiara altresì di sollevare l'Università da ogni responsabilità in caso di smarrimento, furto o deterioramento di quanto consegnato.*

ALLEGA: Copia di un valido documento di riconoscimento.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_