

 Siena, --/--/----

Egr. Dott.-------

e, p.c.

Prof. ---------

Tutor

OGGETTO: Autorizzazione partecipazione Convegno.

Vista la Sua richiesta del --/--/---- di partecipazione al **-------** che si terrà a ---- dal --/--/---- al --/--/----, sentito il Tutor Prof. ---------------, comunico nulla osta.

Cordialmente,

Prof. Gabriele MESSINA

Direttore Scuola di Specializzazione

Igiene e Medicina Preventiva

Dipartimento di Medicina Molecolare e dello Sviluppo – *Department of Molecular and Developmental Medicine*

SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN IGIENE E MEDICINA PREVENTIVA

Via A. Moro, 53100 SIENA – SI (Italy)

Tel. +39 0577/235423 Telefax +39 0577/234465 *e-mail:* gabriele.messina@unisi.it www.publichealth.it