

Modello di richiesta di autorizzazione per poter svolgere la tesi presso strutture diverse da quelle delle Facoltà di Medicina - Sapienza - Università di Roma.

**Al Presidente del Corso di Laurea "B"
Prof. Andrea Bellelli**

Il sottoscritto/a _____

residente a _____

iscritto/a al _____ anno del Corso di Laurea "B" in Medicina e Chirurgia - Sapienza-Università di Roma,

n. matr. _____ chiede di poter frequentare il Presidio Ospedaliero/Istituto di Ricerca/Facoltà di:

_____ nel Reparto/Laboratorio di:

_____ diretto dal Dr/Prof.:

_____ ai fini della elaborazione della Tesi di Laurea.

Relatore Prof.: _____

Dipartimento di: _____

Roma, _____

**-Il Responsabile della Struttura
che accetta lo studente per la
frequenza**

Visto, si approva

(Timbro)

**-Il Presidente del
CLM "B"**

Visto, si approva

(Timbro)

**- Il Preside della Facoltà di Medicina e Odontoiatria
Sapienza - Università di Roma
(in caso di Relatore di altra Facoltà)**

Visto, si approva

(Timbro)