

**MODULO DI RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE PER POTER SVOLGERE INTERNATO AI FINI DELLA
TESI DI LAUREA**

PRESSO STRUTTURE DIVERSE DA QUELLE DELLA FACOLTA' DI MEDICINA E PSICOLOGIA
DELL'UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI ROMA "LA SAPIENZA"

Al Preside della Facoltà di Medicina e Psicologia

Prof.ssa Tiziana Pascucci

Al Presidente del Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia

Prof. Antonio Filippini

Il sottoscritto.....
residente avia.....
iscritto al Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia - Facoltà di Medicina e Psicologia
dell'Università "La Sapienza", n° matricola, chiede di poter frequentare la
seguente struttura:
ai fini della elaborazione della Tesi di Laurea dal titolo.....
..... con il Relatore
.....nel seguente periodo.....

Polizze Assicurative:

Infortuni sul lavoro n. 77.176966426 UnipolSai

Polizza RCT/O n. 65.176966423 UnipolSai

Con osservanza

Roma, lì.....

.....
(firma leggibile dello studente)

Il Responsabile della Struttura

.....
(Visto, si approva)

*Il Relatore della Tesi che accetta lo studente per
la frequenza*

.....
(Visto, si approva)

Il Presidente CCLM
Prof. Antonio Filippini

.....
(Visto, si approva)

Il Preside della Facoltà di Medicina e Psicologia
Prof.ssa Tiziana Pascucci

.....
(Visto, si approva)