

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 “_____”

Prof. _____

Il sottoscritto/a _____

residente a _____

iscritto/a al _____ anno del Corso di Laurea “__” 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 Dott./Prof.:

_____ ai fini della elaborazione della Tesi di Laurea dal titolo:

_____ Relatore Prof.:

_____ Correlatore (eventuale):

_____ Dipartimento di:

Roma, _____

_____ *(firma leggibile dello studente)*

**Il Responsabile della struttura
che accetta lo studente per la
frequenza**

Il Relatore della Tesi

**Il Presidente del
CLM “_____”**

Visto, si approva
(Timbro)

Visto, si approva
(Timbro)

Visto, si approva
(Timbro)

Visto, si approva
**Il Preside della Facoltà di Medicina e Odontoiatria
Sapienza - Università di Roma**

(in caso di Relatore di altra Facoltà)