SI AUTORIZZA

 lo studente ……………………………………………… ………………………………………………… matr. …………………….

  *(nome) (cognome)*

Iscritto al □ CdL □ CdLM in …………………………………………………………………………………………………………..

 *(barrare la casella che interessa)*

a svolgere il periodo di internato di tesi dal …………………………………………….. al ………………………………………….

presso ……………………………………………………………………. via ……………………………………………………………

 *(denominazione ente/azienda)*

cap ……………………………... città ……………………………………………………………………………… prov. ……………..

Relatore dott./prof. ………………………………………………………. ………………………………………………………………

  *(nome) (cognome)*

Argomento generale della tesi: ………………………………………………………………………………………………………....

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Le coperture assicurative per l’intero periodo di internato sono a carico dell’Università di Pisa e sono quelle previste per gli studenti.

Pisa, lì ………………………

Il Presidente del Corso di Studio

(firma leggibile)

………………………………………………………………..