

All'attenzione  
del Direttore dell'Unità Operativa di

\_\_\_\_\_

Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana

**OGGETTO: Autorizzazione frequenza volontaria U.O.** \_\_\_\_\_

Con la presente il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
(Codice Fiscale \_\_\_\_\_) – studente/ssa iscritto/a al \_\_\_\_\_ anno del C.d.L. in Medicina e  
Chirurgia, canale \_\_\_\_ (Numero Matricola \_\_\_\_\_) – **chiede** di poter frequentare volontariamente  
l'U.O. \_\_\_\_\_ dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana.

La frequenza è finalizzata all'ampliamento della conoscenza delle nozioni basilari di pratica clinica e della  
semeiotica medico-chirurgica.

La frequenza si svolgerà nel periodo: dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_.

Il/la sottoscritto/a si impegna altresì a svolgere tale attività in orari che non coincidano con le attività  
didattiche previste dal Piano di Studi, nonché a sottostare a tutte le indicazioni fornite dal Direttore della  
U.O. e dai suoi fiduciari.

Distinti saluti.

Firma

\_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a Prof./Dott. \_\_\_\_\_, direttore dell'U.O. \_\_\_\_\_ **autorizza**  
la frequenza dell'Unità Operativa stessa da parte dello/a studente/ssa \_\_\_\_\_ per le  
motivazioni e alle condizioni sopraindicate.

Firma e timbro del Direttore dell'U.O.

\_\_\_\_\_