

All'attenzione  
del Direttore dell'Unità Operativa di

\_\_\_\_\_

Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana

**OGGETTO: Autorizzazione internato di tesi U.O.** \_\_\_\_\_

Con la presente il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a (indicare indirizzo) \_\_\_\_\_, (Codice  
Fiscale \_\_\_\_\_), recapito cellulare \_\_\_\_\_,  
mail \_\_\_\_\_ – studente/ssa iscritto/a al \_\_\_\_\_ anno del C.d.L. in  
\_\_\_\_\_, (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, al fine della stesura della tesi.

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.

Si precisa che la copertura assicurativa è garantita dalla polizza in essere presso l'Università di Pisa (assicurazione  
contro gli infortuni INAIL (polizza n. 3140)

L'assicurazione infortuni e l'assicurazione contro rischi derivanti da responsabilità civile sono scaricabili a questo  
link:

[https://www.unipi.it/index.php/servizi-e-orientamento/itemlist/category/191-assicurazione-e-assistenza-  
sanitaria](https://www.unipi.it/index.php/servizi-e-orientamento/itemlist/category/191-assicurazione-e-assistenza-sanitaria)

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.

\_\_\_\_\_