

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 _____
(Codice Fiscale _____) – 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) Assicurazione infortuni: POLIZZA GENERALI ITALIA
S.p.A. n. 360177609 del 29/02/2016 Assicurazione contro rischi derivanti da responsabilità civile: UNIPOLSAI
ASSICURAZIONI S.p.A. n. 131693299 del 29/02/2016)

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.
