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 alla 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: n. polizza 90104, Poste Assicura SpA scadenza 31.12.2024). Assicurazione contro rischi derivanti da responsabilità civile: UNIPOLSAI ASSICURAZIONI S.p.A. n. 177372144 scadenza 31/12/2024)

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.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_