



UNIVERSITÀ DI PISA
Scuola di Medicina

Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale

Dipartimento di Patologia Chirurgica, Medica, Molecolare e dell'Area Critica

Dipartimento di Ricerca Traslazionale e delle Nuove Tecnologie in Medicina e Chirurgia

SI AUTORIZZA

Io 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 **AZIENDA USL TOSCANA NORDOVEST** – sede legale: via Cocchi 7/9 - PISA

STRUTTURA DA FREQUENTARE:

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, il

Il Presidente del Corso di Studio
(firma)