



Università degli Studi di Torino

Job Placement Scuola di Medicina

Al Direttore del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia - Orbassano
Prof. Antonio Piga

e p.c. Al Direttore della Scuola di Medicina
Prof. Umberto Ricardi

MODULO RICHIESTA AUTORIZZAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI TESI ESTERNA O ATTIVITÀ SUL CAMPO

Cognome e nome dello studente

nato a ... il

residente in Via CAP Prov.

tel. E-mail

Corso di laurea in

Corso di laurea magistrale in

Azienda/ente ospitante:.....

Sede/i del tirocinio (stabilimento/reparto/ufficio).....

.....

Tel. E-mail

Periodo di tesi n. mesi dal al

Relatore/docente responsabile

Tutore aziendale

Descrizione dell'attività

.....

.....

....., data

Si richiede l'autorizzazione allo svolgimento della tesi esterna da parte dello studente sopra indicato.

Firma del relatore/docente responsabile