

RICHIESTA AUTORIZZAZIONE ALLA FREQUENZA PER ELABORAZIONE TESI

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____, il _____,

residente a _____

in via _____

Cell.: _____ @ : _____

in qualità di laureando/a del Corso di Laurea in

altro _____

CHIEDE

L'autorizzazione ad effettuare, nel rispetto della normativa sulla privacy e del consenso informato, ove previsto, la/e sotto indicata/e attività finalizzata/e all'elaborazione della Tesi presso la S.O./S.C./S.S. : _____

dal _____ al _____

Con la supervisione del tutor: (nome cognome e firma) _____

Titolo Tesi: _____

Relatore: _____

Correlatore: _____

PARERE DEL DIRETTORE S.O./S.C./S.S. OSPITANTE:

(nome e cognome)

Timbro e Firma _____

**PARERE DEL DIRETTORE SC PRESTAZIONI SANITARIE E ATTIVITA'
SOCIOSANITARIE:**

(nome e cognome)

Timbro e Firma _____