

**Modello di richiesta di autorizzazione per poter svolgere la tesi presso strutture diverse  
da quelle delle Facoltà di Medicina - Sapienza Università di Roma**

*Al Presidente del Corso di Laurea “\_\_\_\_\_”*

*Prof. \_\_\_\_\_*

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_  
iscritto/a al \_\_\_\_\_ anno del Corso di Laurea “\_\_” in Medicina e Chirurgia – Sapienza Università di  
Roma, n. matr. \_\_\_\_\_ chiede di poter frequentare il Presidio Ospedaliero/Istituto di  
Ricerca/Facoltà di:

\_\_\_\_\_ nel Reparto/Laboratorio di:

\_\_\_\_\_ diretto dal Dott./Prof.:

\_\_\_\_\_ ai fini della elaborazione della Tesi di Laurea dal titolo:

Relatore Prof.: \_\_\_\_\_

Correlatore (eventuale): \_\_\_\_\_

Dipartimento di: \_\_\_\_\_

Roma, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*(firma leggibile dello studente)*

**Il Responsabile della struttura  
che accetta lo studente per la  
frequenza**

**Il Relatore della Tesi**

**Il Presidente del  
CLM “\_\_\_\_\_”**

\_\_\_\_\_  
Visto, si approva  
**(Timbro)**

\_\_\_\_\_  
Visto, si approva  
**(Timbro)**

\_\_\_\_\_  
Visto, si approva  
**(Timbro)**

Visto, si approva  
**Il Preside della Facoltà di Medicina e Odontoiatria  
Sapienza - Università di Roma**

\_\_\_\_\_  
(in caso di Relatore di altra Facoltà)