TOR VERGATA
UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI ROMA

International Medical School

Alla C. A. del Prof/Dott _____

Dipartimento di _____

Il/La sottoscritto/a _____, nata/o a _____ il __/__/____, C.F. _____, iscritto/a al ___ anno del Corso di Laurea Magistrale a Ciclo Unico in Medicine and Surgery dell'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata", con matricola _____

CHIEDE L'AUTORIZZAZIONE

allo svolgimento di un periodo di tirocinio volontario presso il reparto di_____ del Policlinico Tor Vergata, sito in Viale Oxford, 81, 00133, Roma (RM). Con la supervisione del/della Prof/Dr _____

Roma, __/__/_____

Firma Studente _____

Timbro e Firma del responsabile del Dipartimento

_____

Timbro e Firma del Presidente della Facoltà di Medicine and Surgery

_____