



**TOR VERGATA**  
UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI ROMA



**International  
Medical  
School**

*Alla C. A. di*  
Prof./Prof.ssa \_\_\_\_\_

Direttore U.O. \_\_\_\_\_

Dipartimento \_\_\_\_\_

*PTV - Policlinico Tor Vergata*

*E p. c.*

*Alla C. A. di*  
*Prof.ssa L. Sarmati*

*Presidente Corso di Laurea Magistrale  
a Ciclo Unico in "Medicine and Surgery"*

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_/\_\_/\_\_,  
codice fiscale \_\_\_\_\_, iscritto/a al \_\_\_ anno del Corso di Laurea  
Magistrale a Ciclo Unico in Medicina e Chirurgia (Medicine and Surgery) dell'Università degli Studi  
di Roma "Tor Vergata", con matricola \_\_\_\_\_

#### CHIEDE L'AUTORIZZAZIONE

allo svolgimento di un tirocinio volontario presso \_\_\_\_\_ del Policlinico  
Tor Vergata, sito in Viale Oxford, 81, 00133, Roma (RM), per un periodo di \_\_\_ settimane,  
compreso tra il \_\_/\_\_/\_\_ e il \_\_/\_\_/\_\_.

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

In Fede

Firma Direttore (Prof./Prof.ssa o Dott./Dott.ssa) PER ACCETTAZIONE

\_\_\_\_\_

Firma Presidente CdS in "Medicine and Surgery" PER AUTORIZZAZIONE  
Prof.ssa L. Sarmati

\_\_\_\_\_