



**UNIVERSITÀ  
DI TORINO**

Direzione Didattica  
e Servizi agli Studenti

**MODULO RICHIESTA AUTORIZZAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI TESI ESTERNA (non connessa all'attività di tirocinio): da inviare via mail con scansione all'indirizzo [jobplacement.medicina@unito.it](mailto:jobplacement.medicina@unito.it)**

Cognome e nome dello studente/della studentessa .....

Nato/a a ..... il .....

Corso di laurea in .....

Azienda/ente ospitante: .....

Sede/i dell'attività(stabilimento/reparto/ufficio/) .....

Tel. .... E-mail .....

Periodo di tesi n. mesi ..... dal ..... al.....

Giorni e orario di ingresso presso l'azienda/ente .....

Relatore/Relatrice docente responsabile .....

Descrizione dell'attività:

Torino, data .....

Confermo che lo studente/la studentessa ha necessità di frequentare la struttura ospitante per svolgere attività inerenti la ricerca per tesi.

**Firma del/della docente responsabile**

.....

Scuola di Medicina – Ufficio Job Placement; Tel. +39 011 6705498; e-mail [jobplacement.medicina@unito.it](mailto:jobplacement.medicina@unito.it);

Università degli Studi di Torino  
Area Didattica e Servizi agli Studenti Polo Medicina Torino  
Sezione Orientamento Tutorato e Placement  
C.so Dogliotti 38 – 10126 Torino  
Tel (011) 670 5498 | Mail [otp.medtorino@unito.it](mailto:otp.medtorino@unito.it)