



# UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PAVIA

*Dipartimento di Scienze del Farmaco*

Pavia, .....

Alla DIVISIONE CORSI DI LAUREA

Segreteria di .....

SEDE

**OGGETTO:** Studente ....., matr. n. ....

Il sottoscritto Prof. ...., titolare dell'insegnamento di ..... presso il dipartimento di.....

## **AUTORIZZA**

lo svolgimento della seguente attività .....(preparazione della tesi di laurea, lavori di tipo progettuale, sperimentale o informatico) ....., presso le strutture della seguente Azienda:

Denominazione .....

Tutor Aziendale (nome e cognome).....

Indirizzo .....

Telefono ..... Fax ..... E-mail .....

nel periodo .....

sul tema: .....

.....

.....

Si richiede pertanto comunicazione ufficiale all'Azienda stessa da parte della segreteria studenti del Dipartimento di appartenenza dello studente, al fine di garantire la copertura assicurativa nell'ambito dell'esercizio delle attività didattiche sopra descritte.

Lo studente

Il docente

.....

.....