



MODULO RICHIESTA FREQUENZA STRUTTURE SANITARIE PER TESI

Nome e Cognome dello studente _____

Matricola _____

Iscritto/a al ___ anno del Corso di Laurea in Tecnica della Riabilitazione Psichiatrica

Relatore _____

(eventuale) Correlatore _____

Titolo della tesi _____

Breve rationale dello studio (obiettivi dello studio – max 5 righe)

Al fine della realizzazione della tesi è richiesta la frequenza della seguente sede:

Periodo di frequenza per la raccolta dati e l'intervallo orario in cui poter accedere alla struttura: dal ___/___/___/ al ___/___/___/ dalle ore _____ alle ore _____

Nomina del tutor aziendale che accompagnerà lo studente _____

Dichiarazione che lo studio:

- non necessita di richiesta di parere favorevole del Comitato Etico
- ha ottenuto parere favorevole del Comitato Etico

Il laureando

Il docente
