



Servizio Segreterie Studenti

FACOLTÀ DI / FACULTY OF.....

Dipartimento di / Department of _____

Pavia,

AL SERVIZIO SEGRETERIE STUDENTI
TO THE STUDENTS DESK
Segreteria di / Help Desk of

.....

OGGETTO: Studente/Student

matr. n. / student ID

Il sottoscritto/The undersigned Prof.,

titolare dell'insegnamento di / in charge of the teaching of.....

presso il dipartimento di/ at the department of

sentito il parere favorevole dell'Azienda ospitante, sotto riportata,

AUTORIZZA / AUTHORIZES

lo svolgimento della seguente attività/the implementation of the following activities.....

(preparazione della tesi di laurea, lavori di tipo progettuale, sperimentale o informatico/ thesis preparation, IT or project or experimental works),

da remoto, presso il seguente indirizzo

.....

in presenza presso l'Azienda ospitante
per conto di:

Denominazione/Name.....

Indirizzo /Address.....

Referente aziendale/Company contact person.....

Tel..... Fax Email

nel periodo /in the period

sul tema/on the subject:

.....

.....
Si richiede pertanto comunicazione ufficiale all'Azienda da parte della Segreteria Studenti, al fine di garantire la copertura assicurativa nell'ambito dell'esercizio delle attività didattiche sopra descritte. *The help desk of the student's faculty is required to send an official communication to the Company, in order to guarantee insurance coverage for the activities carried out.*

Lo studente

The student

Il docente

The professor

Il presente modulo deve essere inviato al Servizio Segreterie Studenti tramite [Filo Diretto](#), almeno quindici giorni prima della data di inizio dell'attività.