**UNIVERSITA’ DEGLI STUDI DI NAPOLI FEDERICO II  
Dipartimento di Medicina Clinica e Chirurgia  
Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Matricola \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, iscritto/a al CdL in Medicina e Chirurgia, in ottemperanza alle attività di ricerca finalizzate alla stesura e allo svolgimento dell'esame ultimo di laurea (tesi), richiedo al prof. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità di Tutor o Relatore di accertare, con la presente, la mia necessità di partecipare alle attività cliniche sotto la Sua supervisione.  
Ai fini della seguente, si accerta che lo studente/ssa può essere avanzato nelle priorità vaccinali affinché possa svolgere attività in presenza.

Firma del richiedente

Luogo e data Firma del docente