

Al Direttore del Dip \_\_\_\_\_

Prof. \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_ appartenente al Corso di Laurea " \_\_\_\_\_ "

Canale " \_\_ " presso la Facoltà di \_\_\_\_\_

Iscritto/a all'A.A. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ anno di corso: \_\_\_\_\_ matricola n.: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_ cell.: \_\_\_\_\_

**CHIEDE DI POTER FREQUENTARE AI FINI DELLA TESI**

A.A. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Il Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive con il Prof./Relatore \_\_\_\_\_

presso la sede \_\_\_\_\_.

**NB:** Lo studente dichiara di aver sostenuto i seguenti esami:  
(ALLEGARE CERTIFICAZIONE DI ESAMI SOSTENUTI SCARICABILE DA INFOSTU)

Roma, \_\_\_\_\_

Firma Studente \_\_\_\_\_

Per accettazione

Prof./Relatore \_\_\_\_\_

Roma, \_\_\_\_\_

Il Direttore \_\_\_\_\_