

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 _____