

Al Direttore del Dipar.to _____

Prof. _____

Il/la Sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____ appartenente al CLM “ _____ ”

Facoltà di Medicina e Odontoiatria

☐

4

Facoltà di Farmacia e Medicina

☐

4

iscritto/a all'A.A. _____ anno di corso _____ matr. n. _____

cell. _____ e-mail: _____

CHIEDE DI POTER FREQUENZA L'INTERNATO AI FINI DELLA TESI

A.A. _____ / _____

con il Prof./Relatore _____

NB: Lo studente dichiara di aver sostenuto i seguenti esami:

(ALLEGARE CERTIFICAZIONE ESAMI SOSTENUTI SCARICABILI DA INFOSTUD)

Media aritmetica esame _____ / _____

Roma, _____

Firma Studente _____

Prof. _____

(Firma e Timbro del Relatore)