



Al Direttore del Dip. MATERNINO-INFANTILE E SCIENZE UROLOGICHE

Prof. ALBERTO SPALICE

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____ appartenente al CLM " _____ "

Facoltà di Medicina e Odontoiatria

Facoltà di Farmacia e Medicina

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

cell.: _____ e-mail: _____

CHIEDE DI POTER FREQUENTARE 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 SCARICABILE DA INFOSTUD)

Media aritmetica esami _____ / _____

Roma, _____

Firma Studente _____

Per accettazione

Prof. _____
(Firma e Timbro del Relatore)

N.B. IL MODULO COMPLETO DELLA CERTIFICAZIONE ESAMI, FIRMATO E TIMBRATO PER ACCETTAZIONE DAL RELATORE, DEVE ESSERE INVIATO A: didattica.misu@uniroma1.it