

UNIVERSITA’ DEGLI STUDI DI ROMA “LA SAPIENZA”

FACOLTA’ DI FARMACIA E MEDICINA

FACOLTA’ DI MEDICINA E PSICOLOGIA

CORSO DI LAUREA MAGISTRALE INTERFACOLTA’ IN BIOTECNOLOGIE MEDICHE

Alla Segreteria didattica del Corso

Il/la sottoscritto/a ………………………………………………………………………

matricola …………………………………… A.A. di immatricolazione: …………….

iscritto/a al CLM in Biotecnologie Mediche, Curriculum……………………………

comunica di volersi laureare nella sessione di laurea di (sottolineare la sessione scelta) luglio – ottobre – novembre - gennaio – marzo

e a tal fine fornisce le seguenti informazioni:

|  |  |
| --- | --- |
| **Titolo della tesi**  (N.B. nel caso il titolo definitivo fosse diverso, si prega di comunicare le variazioni anche alla Segreteria didattica) |  |
| **Relatore** |  |
| **Controrelatore** |  |
| **Eventuale correlatore interno o esterno** |  |

**Recapiti del laureando:**

Cell. …………………………… E-mail ……………………………………………..

Firma ………………………………….. Data ……………………………………….