

UNIVERSITA’ DEGLI STUDI DI ROMA “LA SAPIENZA”

FACOLTA’ DI FARMACIA E MEDICINA

CORSO DI LAUREA MAGISTRALE IN COMUNICAZIONE SCIENTIFICA BIOMEDICA

Alla Segreteria didattica del Corso

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

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

iscritto/a al CLM in Comunicazione Scientifica Biomedica, classe di laurea (sottolineare la classe scelta) LM-9 – LM-59

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** |  |
| **Correlatore** |  |
| **Recapito telefonico del laureando** |  |
| **Indirizzo email del laureando** |  |

Firma …………………………………..

Data ……………………………………