



SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA

Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia «F»

Al Direttore del Dipartimento/Istituto

Università degli Studi di Roma “La Sapienza”

Anno Accademico 20__ / 20__

Il/La sottoscritt _____ matr. _____

nato a _____ il _____ residente in _____ tel. _____

regolarmente iscritt__ al ____ anno di corso, del Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia “ _____ ” chiede di svolgere l'internato ai fini della Tesi di Laurea con il

Prof. _____ presso il/la _____

Esami sostenuti:

[illegible]

MEDIA

Roma, ____/____/____ Firma _____