



SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA

*Corso di Laurea Magistrale
Medicine and Surgery "F"*

Al Presidente del Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia F

Università degli Studi di Roma "La Sapienza"

Il/La sottoscritto/a _____ matr. _____
nato a _____ il _____ residente in _____
tel. _____ indirizzo e-mail _____ iscritto
al _____ Anno di Corso – Anno Accademico _____ chiede di poter frequentare il Presidio
Ospedaliero/Istituto di Ricerca/Facoltà di:

Reparto/Laboratorio di: _____

Diretto dal Dr/Prof: _____

Ai fini dell'elaborazione della Tesi di Laurea dal titolo/argomento:

Relatore Prof: _____

Istituto/Dipartimento di: _____

Con osservanza,

Roma, ____/____/____

(firma leggibile dello studente)

Visto, si approva

**Il Responsabile della Struttura
che accetta lo studente per la frequenza**

Visto, si approva

***Il Relatore della Tesi**

Visto, si approva

***Il Correlatore della Tesi**

Visto, si approva

Il Presidente del CLMMC "F"

Visto, si approva

Il Preside della Facoltà di Farmacia e Medicina

Il Relatore o il Correlatore deve essere un Docente della Facoltà di Farmacia e Medicina o Medicina e Odontoiatria o Medicina e Psicologia - *Sapienza Università di Roma