



SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA

Al Direttore del Dipartimento di _____

Prof. _____

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____ C.F. (codice fiscale) _____

appartenente al CLM, “ _____ ”

appartenente al CL” _____ ”

Facoltà di Medicina e Odontoiatria

Facoltà di Farmacia e Medicina

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

cell.: _____ e-mail: _____ . _____ @studenti.uniroma1.it

CHIEDE DI POTER FREQUENTARE L’INTERNATO AI FINI DELLA TESI

A.A. _____ / _____

La domanda deve essere inoltrata entro e non oltre novembre di ogni anno accademico

rinnovo richiesta domanda di internato ai fini della tesi SI

rinnovo richiesta domanda di internato ai fini della tesi NO

con il Prof./Relatore _____

Media aritmetica _____ / _____

NB: Lo studente dichiara di aver sostenuto i seguenti esami:

(ALLEGARE CERTIFICAZIONE ESAMI SOSTENUTI SCARICABILE DA INFOSTUD **COMPENSIVO DEL COGNOME E NOME DELLO STUDENTE**)

Roma, _____

Firma Studente _____

Per accettazione

Prof. _____

(Firma e Timbro)