

Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia «_A_»
Presidente: __Prof. Antonio Angeloni__

Al Presidente del Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia "A"

Il sottoscrittoresidente a

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 "A"

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-
Sapienza Università di Roma -**