



SAPIENZA  
UNIVERSITÀ DI ROMA

Al Direttore del Dip. \_\_\_\_\_

Prof. \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ appartenente al CLM “\_\_\_”

Facoltà di Medicina e Odontoiatria

Facoltà di Farmacia e Medicina

iscritto/a all'A.A. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ anno di corso: \_\_\_\_\_ matr.n. \_\_\_\_\_

cell.: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

**CHIEDE DI POTER FREQUENTARE L'INTERNATO AI FINI DELLA TESI**

A.A. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

con il Prof./Relatore \_\_\_\_\_

NB: Lo studente dichiara di aver sostenuto i seguenti esami:  
(ALLEGARE CERTIFICAZIONE ESAMI SOSTENUTI SCARICABILE DA INFOSTUD)

Media aritmetica esami \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Roma, \_\_\_\_\_

Firma Studente \_\_\_\_\_

Per accettazione

Prof. \_\_\_\_\_  
(Firma e Timbro del Relatore)