



SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA

FACOLTÀ DI FARMACIA E MEDICINA
FACOLTÀ DI MEDICINA ED ODONTOIATRIA

CORSI DI LAUREA MAGISTRALE IN MEDICINA E CHIRURGIA

Al Preside di Facoltà
SEDE

Matricola n. _____

Il / La sottoscritt _____

nato / nata a _____ (prov. _____) il _____

iscritt al **VI anno in corso** / **fuori corso**

del **Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia**,

CHIEDE

di poter discutere la propria TESI DI LAUREA nella sessione:

SESSIONE 1 (indicare) →

GIUGNO	LUGLIO	SETTEMBRE
--------	--------	-----------

SESSIONE 2 (indicare) →

OTTOBRE	NOVEMBRE
---------	----------

SESSIONE 3 (GENNAIO) **SESSIONE STRAORDINARIA (MARZO)**

dell'ANNO ACCADEMICO 20____ / ____

TITOLO DELLA TESI: _____

RELATORE: Prof. _____

Dati del Laureando:

INDIRIZZO: _____

CELLULARE: _____

E-MAIL: _____

CODICE FISCALE: _____

Roma, _____