



**Alla Direttrice del Dip.to
di Scienze Radiologiche, Oncologiche
e Anatomico Patologiche
Prof. ssa Valeria Panebianco**

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.: _____ email: _____

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)