



SAPIENZA  
UNIVERSITÀ DI ROMA

**Al Direttore del Dipartimento di Fisiologia e Farmacologia**

Il/la sottoscritto/a (Nome COGNOME) \_\_\_\_\_

nato/a a: \_\_\_\_\_ il (GG/MM/AAAA) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

affidente alla Facoltà di \_\_\_\_\_ CdL in \_\_\_\_\_

iscritto/a nell'a.a. \_\_\_\_/\_\_\_\_ all'anno di corso: \_\_\_\_\_

matr. n. \_\_\_\_\_ cell.: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_@studenti.uniroma1.it

Chiede di poter frequentare i laboratori del Dipartimento di Fisiologia e Farmacologia *Vittorio Erspamer* nell'a.a. \_\_\_\_/\_\_\_\_

per condurre attività di ricerca ai fini della preparazione della tesi di laurea, sotto la supervisione del/lla: Prof.

**NB: Lo studente dichiara di aver sostenuto i seguenti esami: (ALLEGARE CERTIFICAZIONE ESAMI SOSTENUTI SCARICABILE DA INFOTUD COMPRENSIVO DEL COGNOME E NOME DELLO STUDENTE)**

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

Firma Studente

\_\_\_\_\_

Firma Relatore

\_\_\_\_\_

Firma e timbro  
del Direttore del Dipartimento

\_\_\_\_\_