



**Al Direttore del Dip.to  
di Scienze Radiologiche, Oncologiche  
e Anatomo Patologiche  
Prof. Carlo Catalano**

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)