



**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, \_\_\_\_\_