

**Al Direttore del Dipartimento di Medicina Sperimentale  
Prof. Antonio Angeloni**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ C.F. (codice fiscale) \_\_\_\_\_

appartenente al CLM, “ \_\_\_\_\_ ”

appartenente al CL” \_\_\_\_\_ ”

Facoltà di Medicina e Odontoiatria

Facoltà di Farmacia e Medicina

iscritto/a all’A.A. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ anno di corso: \_\_\_\_\_ matr.n. \_\_\_\_\_

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

**CHIEDE DI POTER FREQUENTARE L’INTERNATO AI FINI DELLA TESI**

**A.A. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_**

*La domanda deve essere inoltrata entro e non oltre novembre di ogni anno accademico*

rinnovo richiesta domanda di internato ai fini della tesi SI

rinnovo richiesta domanda di internato ai fini della tesi NO

con il Prof./Relatore \_\_\_\_\_

Media aritmetica \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**NB: Lo studente dichiara di aver sostenuto i seguenti esami:**

**(ALLEGARE CERTIFICAZIONE ESAMI SOSTENUTI SCARICABILE DA INFOSTUD COMPENSIVO DEL COGNOME E NOME DELLO STUDENTE)**

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

Firma Studente \_\_\_\_\_

Per accettazione

Prof. \_\_\_\_\_  
(Firma e Timbro)