

(Allegato 2)

SEGRETERIA STUDENTI C.d.L .PROFESSIONI SANITARIE

Il/La sottoscritto/a _____ nat_ a _____ (_____)

il _____ con matricola _____

CHIEDEla prenotazione dell'esame finale di Laurea in _____
(denominazione del corso)per la sessione di _____
(mese ed anno)

dichiara di aver completato gli esami il giorno _____

Relatore:

Cognome e Nome _____

Luogo e data di nascita _____

Tesi di tipo: Compilativa Sperimentale*(Barrare l'opzione che interessa)*

Titolo della tesi:

(Luogo e data)

Firma dello Studente
