

UNIVERSITA’ DEGLI STUDI DI ROMA “LA SAPIENZA”

FACOLTA’ DI FARMACIA E MEDICINA

CORSO DI LAUREA MAGISTRALE IN BIOTECNOLOGIE MEDICHE

Alla Segreteria didattica del Corso

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

matricola n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A.A. di immatricolazione: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

iscritto/a al CLM in Biotecnologie Mediche, Curriculum \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

comunica la propria intenzione di laurearsi nella sessione di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e a tal fine fornisce le seguenti informazioni:

|  |  |
| --- | --- |
| **Titolo della tesi**  (Nel caso il titolo non fosse definitivo, si prega di comunicare tempestivamente le eventuali variazioni anche alla Segreteria didattica) |  |
| **Relatore**  Deve essereun docente o ricercatore “Sapienza”, non necessariamente con incarico di insegnamento nel Corso di Studio, né afferente alla Facoltà di Farmacia e Medicina |  |
| **Controrelatore**  Deve essere un docente o ricercatore “Sapienza” indicato dal relatore. |  |
| **Eventuale correlatore, interno o esterno (**facoltativo) |  |

**Recapiti del laureando:**

Cell. ­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_