



Dipartimento di \_\_\_\_\_

Al Prof. \_\_\_\_\_

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

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ appartenente al CLM “ \_\_\_\_\_ ”

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

cell.: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

## CHIEDE

### DI POTER FREQUENTARE AI FINI DELLE A.D.E. (Attività didattiche elettive) L’INTERNATO ELETTIVO

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

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

Per accettazione

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

