



SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA

RICHIESTA DI TIROCINIO AI FINI DELLA TESI DI LAUREA

Il/la sottoscritto/a _____,
Matricola _____, Recapito telefonico _____,
Indirizzo email _____ . _____@studenti.uniroma1.it,
Iscritto/a al _____ anno del corso di:
☐ Laurea Magistrale in _____ *,
☐ Laurea Triennale in _____,

Afferente alla Facoltà di:

- ☐ Medicina e Odontoiatria;
☐ Farmacia e Medicina;

Chiede

L'internato presso codesto Dipartimento ai fini della preparazione della tesi di laurea con il/la prof/prof.ssa _____.

A tal fine, dichiara di aver sostenuto a tutt'oggi n. _____ esami e di aver riportato la media di _____.

Livello conoscenza lingua inglese:

- ☐ Scolastico ☐ Medio ☐ Buono ☐ Ottimo

Roma, _____

Firma

Il coordinatore della sezione _____

Il relatore _____

Il tutor _____

Il Direttore del Dipartimento

Prof. Paolo Onori

***Per il corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia indicare anche il Canale di appartenenza.**