

Ill.mo
Sig. DIRETTORE
Dipartimento di Salute della Donna e del Bambino – SDB
Sede

Il/La sottoscritto/a, nato/a a, il, residente a (se la residenza è diversa dal domicilio) domicilio a Padova in via, telefono, iscritto al del Corso di laurea in Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Padova

CHIEDE

di poter svolgere la propria tesi di laurea presso questo Dipartimento.

Prevede di laurearsi nella sessione dell' A.A. 20...../..... e si impegna a comunicare, con almeno due settimane di anticipo, la data di inizio frequenza.

Dichiara di conoscere le seguenti lingue straniere:
.....

Allega certificato dell'Università attestante gli esami sostenuti con i relativi voti.

Padova, lì

firma dello studente

Riservato alla segreteria

Relatore tesi: _____

Titolo tesi: _____

Padova, lì

Visto del Direttore del Dipartimento