

**Al Direttore del Dipartimento di Fisiologia e Farmacologia**

Il/la sottoscritto/a (Nome COGNOME)

nato/a a: il (GG/MM/AAAA) / /

afferente alla Facoltà di CdL in

iscritto/a nell’a.a. / all’anno di corso:

matr. n. cell.:

e-mail: . @studenti.uniroma1.it

Chiede di poter frequentare i laboratori del Dipartimento di Fisiologia e Farmacologia *Vittorio Erspamer* nell’a.a. **/**

per condurre attività di ricerca ai fini della preparazione della tesi di laurea, sotto la supervisione del/lla: Prof.

NB: Lo studente dichiara di aver sostenuto i seguenti esami: (ALLEGARE CERTIFICAZIONE ESAMI SOSTENUTI SCARICABILE DA INFOSTUD **COMPRENSIVO DEL COGNOME E NOME DELLO STUDENTE**)

Roma,

Firma Studente Firma Relatore



Firma e timbro

del Direttore del Dipartimento

