

Al Direttore del Dipartimento di Fisiologia e Farmacologia

Il/la sottoscritto/a (Nome COGNOME) _____

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

affidente 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 **COMPRESIVO DEL COGNOME E NOME DELLO STUDENTE)**

Roma, _____

Firma Studente

Firma Relatore

Firma e timbro
del Direttore del Dipartimento
