

Al Presidente del Corso di Laurea
e-mail: savini@uniroma2.it
tel: 0672596380, Studio F80 – Torre F Nord
Facoltà di Medicina e Chirurgia
Via Montpellier, 1 – 00133 Roma.

RICHIESTA PER L'ASSEGNAZIONE DELLA TESI DI LAUREA

__l__ sottoscritt _____ matricola _____ nato/a
a _____ il _____ Telefono / cell: _____ e-
mail _____ iscritto per l'A.A. _____ al _____ anno del Corso di
Laurea Magistrale in Scienze della Nutrizione Umana

CHIEDE

di poter svolgere la sua tesi di Laurea in una delle seguenti materie (indicare in ordine di priorità):

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____

in alternativa su uno dei seguenti argomenti (indicare in ordine di priorità):

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____

Sessione presunta di Laurea _____ (indicare se novembre, dicembre, marzo, maggio)

A tale scopo

DICHIARA

- 1) di essere in possesso del Titolo di Studio di _____ conseguito
il _____ presso _____ con voto finale
_____/110 con lode (barrare la casella in caso di lode)
- 2) di avere, alla data odierna, la seguente media ____/30
- 3) di aver sostenuto, fino alla data odierna, i seguenti esami con voto e CFU (compilare il
seguente prospetto):

N°	INSEGNAMENTO	CFU	Voto
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			

N.B. In caso di tesi compilativa la domanda deve essere presentata almeno 6 mesi prima della presunta data della seduta di Laurea, in caso di tesi sperimentale almeno un anno prima.