

# MOD.A

## AREA DI MEDICINA E CHIRURGIA

### CORSO DI LAUREA IN SCIENZE E TECNOLOGIE COSMETOLOGICHE ED ERBORISTICHE

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ matr. \_\_\_\_\_

iscritto al corso di laurea in \_\_\_\_\_

#### Dichiara

di accettare di discutere la dissertazione orale sul seguente argomento prescelto ed attinente agli obiettivi formativi del curriculum scelto nell'ambito del corso di laurea avente il seguente titolo

---

---

---

FIRMA DELLO STUDENTE

\_\_\_\_\_

IL RELATORE

eventuale CO-RELATORE

Nome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_



Si certifica che lo studente \_\_\_\_\_

matr. \_\_\_\_\_ ha svolto **l'internato di laurea** presso la struttura Universitaria di

\_\_\_\_\_ ed ha acquisito i crediti previsti dal Regolamento Didattico

IL TUTORE

Timbro della struttura universitaria

Nome \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_