

MOD.A

AREA DI MEDICINA E CHIRURGIA

**C.L.S. IN MEDICINA E CHIRURGIA – C.L.S. ODONTOIATRIA E PROTESI DENTARIA–
C.L.S. IN SCIENZE INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE - C.L.S. IN SCIENZE DELLE
PROFESSIONI SANITARIE DELLA RIABILITAZIONE –C.L.S IN SCIENZE DELLE
PROFESSIONI SANITARIE DELLA PREVENZIONE – C.L.S IN SCIENZE DELLE
PROFESSIONI SANITARIE TECNICO ASSISTENZIALI - C.L.S. IN SCIENZE DELLE
PROFESSIONI SANITARIE TECNICHE-DIAGNOSTICHE**

Esame di laurea specialistica dello studente _____ matr. _____

iscritto al corso di laurea specialistica in _____

Dichiaro di accettare la discussione di una tesi scritta intitolata:

da parte dello studente sopra indicato che ha personalmente elaborato la tesi di laurea sotto la mia direzione.

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.

Timbro della struttura universitaria

IL TUTORE

Nome _____

Firma _____