

**Al Presidente
Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia**

Il/La sottoscritto/a _____ iscritto/a per l'A.A. ____/____
al _____ di corso del Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia, matr. _____
canale didattico di afferenza: _____

CHIEDE

di poter frequentare le lezioni relative all'insegnamento di _____ e sostenere il
relativo esame di profitto con il Docente afferente al canale didattico _____ in quanto relatore per
l'elaborazione della Tesi di Laurea.

Catania, li ____/____/_____

Firma

Firma del Docente del Canale di originaria afferenza _____

Firma del Docente del Canale richiesto _____

SI AUTORIZZA

Il Presidente del Corso di Laurea
