

(allegato 2)

**Ufficio Segreteria Studenti Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie**

Matricola \_\_\_\_\_

Il sottoscritto /a

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Prenotato/a per l'esame finale di Laurea CdL in \_\_\_\_\_

Sessione di \_\_\_\_\_

Dichiara di aver completato gli esami il giorno \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Relatore:

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

Tesi di tipo:

**Compilativa**

**Sperimentale**

Titolo della tesi:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_