



UNICAMILLUS

Modulo di Internato di Tesi di Laurea
Facoltà Dipartimentale di Medicina

STUDENTE/SSA _____

CDL _____ Classe _____ Matr. _____

Anno di Corso: _____ A.A. _____

Titolo della Tesi: _____

Relatore/riche Prof./ssa _____

Attività svolta presso la struttura convenzionata con UniCamillus: _____

Dettagli dell'attività: _____

Durata prevista dell'attività dal _____ al _____

Data presunta della discussione della Tesi _____

Roma, li _____

Firma Studente/ssa

Firma Relatore/riche
