

Al Magnifico Rettore
dell'Università degli Studi di Firenze
Segreteria Amministrativa Postlaurea
Via G. Capponi, 9 – 50121 Firenze
master@adm.unifi.it

matricola

--	--	--	--	--	--	--

_l_sottoscritt_____

nat__ a _____Prov. _____, il _____

residente a _____ Prov. _____

Via _____ cap _____

tel. _____cell._____

e-mail _____ (*scrivere in stampatello*)

CHIEDE

di essere ammesso all'esame finale del Scuola di specializzazione in:

TITOLO DELLA TESI (*scrivere in stampatello*):

Relatore ed eventuali correlatori: (*indicare Cognome e nome*)

Firenze, _____ Firma del Candidato _____

Il titolo della tesi proposto in questa domanda verrà trascritto nell'Archivio Informatico dell'Ateneo.

Si prega di inviare il modulo compilato circa un mese prima dell'appello di tesi e dopo aver pagato la tassa di laurea. Nel caso in cui nella pagina personale dei servizi on line la suddetta tassa non fosse presente, si prega di comunicarlo a questo indirizzo: scoledispecializzazione@adm.unifi.it