



A.D. MDLXII

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI SASSARI

Divisione Studenti

Marca da Bollo
vigente

AL MAGNIFICO RETTORE

.....I..... sottoscritt.....
cognome nome

nat..... a prov.

il / / e residente in prov.
GG. MM. AA.

via n° tel.

Cell..... E-mail.....

iscritto presso questa Università al anno del corso di laurea in

della Facoltà di per l'A.A. **Matr.**

CHIEDE

di essere ammess..... a sostenere gli esami di laurea nella sessione: estiva
autunnale
straordinaria
per l'Anno Accademico /
(indicare il mese)

Il sottoscritto discuterà la tesi dal titolo:
.....
.....
.....

Relatore prof.

Copia della tesi deve essere depositata assieme al libretto universitario presso la Segreteria Studenti 10 giorni prima della data fissata per l'esame finale.

Ai sensi del D.L. del 29/07/2003, n. 196 in materia di protezione dei dati personali, entrato in vigore dal 1° gennaio 2004 esprime:

SI al consenso del trattamento dei dati personali. NO al consenso.

Sassari, li
firma dello studente

DOMANDA ESAME DI LAUREA

