

UNIVERSITA` DEGLI STUDI DI ROMA "TOR VERGATA"
Domanda di Assegnazione di un Co-Relatore Esterno per la
Laurea Magistrale in Biotecnologie Mediche

Anno Accademico

Cognome Nome

Nr. matricola

Cell

E-mail.....

Titolo della tesi _____

Relatore _____ Co-Relatore Esterno _____

Roma,

In fede,

Firma del Laureando

Firma del Relatore

La/Il sottoscritto/o Prof., in qualità di Relatore Interno
autorizzo La/lo studentessa/e.....
ad avvalersi della supervisione della/del Dr.ssa/Dr.....
come Co-Relatore Esterno
presso l'Azienda ospitante in convenzione.....

In fede,

Firma del Laureando

Firma del Relatore

Firma del Co-Relatore Esterno