

**Applicare
marca da bollo
da € 16,00**

Al Magnifico Rettore
Ufficio Dottorati di ricerca
Università Cattolica del Sacro Cuore
Facoltà di Medicina e chirurgia "A. Gemelli"
Largo Francesco Vito, 1
00168 ROMA

Il sottoscritto.....

nato a.....il.....

domicilio eletto per comunicazioni.....

Tel.....Cell.....

e-mail.....

iscritto alanno di corso del ciclo di Dottorato di ricerca in

.....

chiede di essere ammesso a

sostenere l'esame finale per il conseguimento del titolo di Dottore di ricerca,
presentando la seguente tesi di Dottorato (scrivere in stampatello chiaro e leggibile):

.....
.....
.....
.....

oppure

chiede 1 anno di proroga

Data,

In fede
Firma