



Università degli Studi di Trieste
Dipartimento di Matematica e Geoscienze

RICHIESTA FREQUENZA DIPARTIMENTO PER LAUREANDI

Il sottoscritto: _____
Residente a: _____
Via: _____
Telefono: _____
E-mail: _____
Recapito a Trieste: _____
N° matricola: _____ Anno iscrizione: _____
Corso di laurea: _____

Chiede di frequentare il Dipartimento di Matematica e Geoscienze per svolgere la sua tesi/tesina(*) da titolo:

Relatore: _____
A partire dal (data): _____

Sono informato che durante l'intero periodo di permanenza non ho diritto a nessuna copertura assicurativa da parte del Dipartimento di Matematica e Geoscienze contro eventuali infortuni ed in merito sollevo fin d'ora da ogni responsabilità la Direzione ed il Dipartimento stesso.

Trieste, _____

IL LAUREANDO

Visto:

IL RELATORE

Approvato:

IL DIRETTORE

Da restituire compilato e firmato alla Segreteria del Dipartimento
(*) Cancellare il termine non corrispondente al caso