



**UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PERUGIA**

Matricola n. \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/ a \_\_\_\_\_  
cognome nome

nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) C.A.P. \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

numeri telefonici \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

iscritto/a alla Scuola di Specializzazione in \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**DICHIARA**

che la Tesi su CD-ROM è conforme in ogni sua parte alla copia sottoscritta dal Direttore della Scuola di Specializzazione.

Perugia \_\_\_\_\_

Firma SPECIALIZZANDO

\_\_\_\_\_

-----

Il Dottore La Dottoressa \_\_\_\_\_

Matricola n. \_\_\_\_\_

Ha presentato all'Ufficio Scuole di Specializzazione di Area Sanitaria, copia della tesi su CD per l'anno accademico \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.

**Perugia** \_\_\_\_\_

Il Responsabile dell'Ufficio

\_\_\_\_\_