



**Università degli Studi di Sassari**  
 Area Didattica, Orientamento e Servizio agli studenti  
**Ufficio Alta Formazione**

**MARCA  
 DA  
 BOLLO  
 VIGENTE**

**AI MAGNIFICO RETTORE**

..I... sottoscritt... (cognome) ..... (nome) ..... nat... il .../.../.....  
 comune di nascita.....residente in .....via .....n° .....  
 prov.....c.a.p. .... n° telefono .....e-mail.....  
 regolarmente iscritt.... al ..... anno della Scuola di Specializzazione in  
 ..... matricola .....

**CHIEDE**

a) di essere ammess... a sostenere nell'anno accademico ...../..... l'esame di diploma di  
 Specializzazione in .....

..I... sottoscritt... discuterà la tesi dal titolo:

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

Relatore Prof .....

b) il rilascio della pergamena

Sassari, .../.../.....

Firma

.....

La tesi di Specializzazione deve essere depositata presso l'Ufficio Alta Formazione 10 giorni prima della data fissata per l'esame di diploma.

**DOMANDA ESAME DIPLOMA E RILASCIO PERGAMENA**