



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI MILANO

Marca
da bollo
da
€.16,00

(da applicare a cura dell'interessato)

Nel caso in cui l'esame di diploma non venga sostenuto, ma rinviato ad altra sessione *questa domanda dovrà essere ripresentata*. Sarà, invece, ritenuto valido il versamento già effettuato.

AL MAGNIFICO RETTORE
DELL'UNIVERSITÀ DEGLI
STUDI DI MILANO

Matr. n° ...S.....

.....l.....sottoscritt.....

Iscritt....., per l'a.a. 20...../20....., al Anno di corso della Scuola di Specializzazione
in:

CHIEDE

di essere ammesso a sostenere l'esame di diploma della suddetta Scuola, per l'a.a. 20...../20.....

Con la presente domanda chiede, inoltre, che gli venga rilasciato e spedito a domicilio il diploma originale di Specializzazione.

Allegati:

1. la ricevuta del versamento per il rilascio del diploma originale di €. 100,00
2. Libretto di formazione specialistica
3. Autorizzazione alla consultazione della tesi
4. Titolo tesi

Deposito tesi in formato digitale entro la data pubblicata sul sito.

La tesi dovrà essere depositata in formato digitale (PDF/A), pena l'esclusione dall'esame di diploma, accedendo a Servizi Online SIFA – Servizi di Segreteria – Domanda di laurea – Upload della tesi (per la creazione del file in formato PDF/A a partire da un documento di Word o di LibreOffice seguire le istruzioni contenute nell'apposito video tutorial).

Milano,

In fede

SEGRETERIA SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE

Ricevuta consegna domanda di tesi

MATR. S _____

COGNOME _____

NOME _____

DATA CONSEGNA _____



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MILANO

MODULO DA COMPILARE E INOLTARE UNITAMENTE ALLA DOMANDA DI TESI

Il/La sottoscritto/a.....

Matr. S..... ammesso a sostenere per l'a.a. 20...../20.....l'esame di diploma in

.....

DICHIARA DI AUTORIZZARE LA CONSULTAZIONE: SI NO

della propria tesi, depositata in formato digitale, da parte di chi ne faccia richiesta.

Visto: il Relatore

Il/La sottoscritto/a dichiara sotto la sua responsabilità che la tesi depositata in formato digitale è **completa** in ogni sua parte ed è **conforme** alla copia da presentare per la discussione, secondo le modalità prescritte dall'Università degli Studi di Milano. Dichiara, inoltre, di essere consapevole che saranno effettuati controlli in merito e che eventuali discordanze riscontrate comporteranno l'esclusione dall'esame finale di diploma.

Milano,

Firma

Recapito dello specializzando:

Via

Cap e Località

Tel



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MILANO

SEGRETERIA SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE

Anno Accademico 20...../20.....

Matr. S.....

Il/La sottoscritto/a

Nato/a a(prov.) il

Iscritto/a alla Scuola di Specializzazione in

CHIEDE

di essere ammesso a sostenere l'esame di diploma della suddetta Scuola.

TITOLO DELLA TESI (1):.....

.....
.....

RELATORE PROF. _____
Cognome Nome

CORRELATORE PROF. _____
Cognome Nome

Firma

Firma

IL DIRETTORE DELLA SCUOLA

FIRMA DEL CANDIDATO

PROF. _____
Firma

Timbro della Scuola

(1) Scrivere in stampatello leggibile