



**SAPIENZA**  
UNIVERSITÀ DI ROMA

**FACOLTÀ DI MEDICINA E ODONTOIATRIA**  
**CORSO DI LAUREA MAGISTRALE IN ODONTOIATRIA E PROTESI DENTARIA**  
**PRESIDENTE : PROF. LIVIA OTTOLENGHI**

## **MODULO RITIRO LIBRETTO DELLO STUDENTE**

Il/la sottoscritto/a [Cognome]..... [Nome] .....

Matricola n°. .... nato/a a ..... il .....,

Cittadinanza ....., residente in ..... via .....

....., recapito (se diverso dalla residenza).....,

tel.....Cellulare.....Email .....

iscritto/a al..... anno del Corso di Laurea Magistrale in Odontoiatria e Protesi Dentaria, dichiara di aver ritirato in data odierna il Libretto dello Studente presso la Segreteria Didattica del Corso di Laurea Magistrale in Odontoiatria e Protesi Dentaria.

A tal fine ha allegato:

- Numero 2 fototessera
- Fotocopia documento d'identità
- Fotocopia cedolino di corresponsione delle tasse Universitarie per l'Anno Accademico in corso.

Il/la sottoscritto/a dichiara, altresì, di aver preso visione del Regolamento concernente l'espletamento delle attività professionalizzanti, al quale si impegna ad attenersi.

In fede

Roma .....

*Firma* .....