_cinquanta5

Accademia di Belle Arti
Reggio Calabria

MUR

MODULO CONFERMA TESI

Al Direttore

dell'Accademia di Belle Arti di Reggio Calabria

Il/la sottoscritto/a Cognome _____ Nome _____ Nato/a

_____ Prov._____ il _____

Stato Estero _____

Iscritto con matricola n. _____ al corso di ☐ primo ☐ secondo livello in

_____

CHIEDE

di poter sostenere l'esame finale per l'a.a. 20__/20__

nella sessione: ☐ ESTIVA ☐ AUTUNNALE ☐ STRAORDINARIA (marzo 2024)

TITOLO TESI

_____

RELATORE prof. _____ Firma _____

CORRELATORE prof. _____ Firma _____

La presente domanda dovrà essere compilata e sottoscritta ed inviata tramite mail all'indirizzo protocollo@abarc.it entro il termine indicato per ciascuna sessione

N.B. LE DOMANDE INCOMPLETE NON SARANNO ACCETTATE.

_____ li, _____

FIRMA

_____

Via XXV Luglio 10, 89123 Reggio Calabria
tel. 0965.499415 – 0965.896852 – fax 0965.499414
www.abarc.it
info@abarc.it
protocollo@abarc.it
C.f.:80007690805