



Università degli Studi di Messina

FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

DOMANDA DI ASSEGNAZIONE TESI

(da presentare in Presidenza almeno sei mesi prima della discussione ed in Segreteria Studenti entro tre giorni dal ritiro)

Al Signor Preside della Facoltà
di Medicina e Chirurgia
S E D E

Il/La sottoscritt _____ nat _____ a _____

il _____ matr. _____ iscritt _____ per l'a.a. _____ / _____ al _____

del corso di:

- Laurea in Medicina e Chirurgia
- Laurea in Odontoiatria e Protesi Dentaria
- Laurea in Scienze Motorie e Sportive
- Laurea Triennale in _____
- Laurea Specialistica in _____

chiede che gli/le venga assegnata una tesi di laurea nel corso integrato di _____

_____, sul seguente argomento: _____

A tal fine dichiara di voler sostenere l'esame di laurea nella sessione estiva autunnale

straordinaria dell' a.a. _____ / _____,

FIRMA

PARTE RISERVATA AL RELATORE

Nome e Cognome Relatore: _____

Qualifica Relatore: Professore Ordinario Associato Ricercatore Altra Categoria

Corso integrato di: _____

Titolo della tesi: _____

da discutere nella sessione estiva autunnale straordinaria dell'a.a. _____ / _____

Data di assegnazione _____

IL RELATORE

PARTE RISERVATA AL PRESIDE

Si conferma l'assegnazione

Registrata al n° _____

Messina, _____

IL PRESIDE