# DOMANDA DI ASSEGNAZIONE TESI

Per il conseguimento della Laurea lo studente deve consegnare il presente modulo, debitamente compilato, **almeno 6 mesi prima della data di inizio della prima sessione di Laurea utile**

Al Direttore del Dipartimento di Scienze Biomediche, Odontoiatriche

e delle Immagini Morfologiche e Funzionali dell'Università degli Studi Messina

Il/La sottoscritt\_ nat\_ a il matr. iscritt per l'a.a. /\_ al Corso di Studio triennale:

o

**CdSM in Biotecnologie Mediche(LM-9)**

**CdSM in Scienze e Tecniche delle Attività Motorie Preventive e Adattate (LM - 67) CdSM in Odontoiatria e Protesi Dentaria (LM-46)**

o

o

**CdSM in Scienze delle Professioni Sanitarie Tecniche Diagnostiche (LM-SNT3)**

o

**CdSM in Medicine and Surgery (LM-41)**

o

# CHIEDE

che gli/le venga assegnata una tesi di Laurea nel Corso Integrato di:

sul seguente argomento\_

 . Al tal fine dichiara di voler sostenere l'esame di Laurea nella sessione:

marzo luglio ottobre dicembre

o

o

o

o

per l’anno anno accademico

Messina, FIRMA

# PARTE RISERVATA AL RELATORE

**Nome e Cognome del Relatore**

**Qualifica Relatore** □ Professore Ordinario □ Professore Associato □ Ricercatore □ Altra categoria

**Corso Integrato**

Titolo della tesi

.

Data di assegnazione

IL RELATORE

# VISTO

**IL COORDINATORE DEL CORSO DI STUDIO**

Prof.

Messina,

# PARTE RISERVATA AL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO

Si conferma l'assegnazione

 Il Direttore

Prof. Sergio Lucio Vinci