



DIPARTIMENTO DI SCIENZE BIOMEDICHE, ODONTOIATRICHE
E DELLE IMMAGINI MORFOLOGICHE E FUNZIONALI
UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI MESSINA

DOMANDA DI ASSEGNAZIONE TESI

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 Magistrale:

<input type="radio"/> Corso di Studio Magistrale	in Biotecnologie per la Salute	LM-9
<input type="radio"/> Corso di Studio Magistrale	in Odontoiatria e Protesi Dentaria	LM-46
<input type="radio"/> Corso di Studio Magistrale	in Scienze e Tecniche delle Attività Motorie Preventive e Adattate	LM-67
<input type="radio"/> Corso di Studio Magistrale	in Scienze delle Professioni Sanitarie Tecniche Diagnostiche	LM-SNT3

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 estiva autunnale straordinaria
dell'a.a. _____ / _____.

FIRMA

PARTE RISERVATA AL RELATORE

Nome e Cognome del Relatore _____

Qualifica Relatore Professore Ordinario Professore 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

VISTO

IL COORDINATORE DEL CORSO DI STUDIO

Prof. _____

Messina, _____

Registrata con n. _____

PARTE RISERVATA AL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO

Si conferma l'assegnazione

Il Direttore
Prof. Giuseppe Anastasi

N.B.: LE SCADENZE PER LA RICHIESTA TESI SONO LE SEGUENTI:

- 20 GENNAIO SESSIONE LAUREA LUGLIO
- 20 APRILE SESSIONE LAUREA OTTOBRE
- 20 SETTEMBRE SESSIONE LAUREA MARZO