



# Università degli Studi di Messina

DIPARTIMENTO DI MEDICINA CLINICA E SPERIMENTALE

DIRETTORE PROF. G. Raimondo

\*\*\*\*\*

## DOMANDA DI ASSEGNAZIONE TESI

Al Signor Direttore

Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale

S E D E

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_ nat \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ matr. \_\_\_\_\_ iscritt \_\_\_\_\_ per l'a.a. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ anno

del Corso di Studio in:

- Fisioterapia  Dietistica  
 Infermieristica  Psicologia clinica e della salute nel ciclo di vita  
 Tecniche di Neurofisiopatologia

CHIEDE

che gli/le sia 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 dell' a.a. \_\_\_\_/\_\_\_\_

- I (Marzo)  II (Luglio)  III (Ottobre)  straordinaria (Dicembre)

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  I (Marzo)  II (Luglio)  III (Ottobre)  straordinaria (Dicembre) a.a. \_\_\_\_/\_\_\_\_

Data di assegnazione \_\_\_\_\_

IL RELATORE

\_\_\_\_\_

## **PARTE RISERVATA AL DIRETTORE DI DIPARTIMENTO**

Università degli Studi di Messina - UNIMECCL  
Dip. di Medicina Clinica e Sperimentale

Prot. n. \_\_\_\_\_

Del \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Tit./Cl. \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Si conferma l'assegnazione

IL DIRETTORE

Messina, \_\_\_\_\_