



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, _____