



# Università degli Studi di Messina

FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

## DOMANDA DI ASSEGNAZIONE TESI

Al Signor Direttore del Dipartimento  
di Scienze pediatriche, ginecologiche, microbiologiche e biomediche  
**SEDE**

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

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

del corso di:

- Infermieristica pediatrica  
 Ostetricia  
 Terapia della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva

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 DIRETTORE DI DIPARTIMENTO

Si conferma l'assegnazione

Registrata al n° \_\_\_\_\_

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

IL DIRETTORE  
Prof. Filippo DE LUCA