



Università degli Studi di Messina

FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

DOMANDA DI ASSEGNAZIONE TESI

Al Signor Direttore del Dipartimento
di Medicina Clinica e Sperimentale
SEDE

Il/La sottoscritt_____ nat_____ a _____

il _____ matr. _____ iscritt_____ per l'a.a. _____/_____ al _____

del corso di laurea in:

Medicina e Chirurgia

Dietistica

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. Domenico CUCINOTTA