



Università degli Studi di Messina

FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

DOMANDA DI ASSEGNAZIONE TESI

Al Signor Direttore del Dipartimento
di Scienze sperimentali medico-chirurgiche
specialistiche ed odontostomatologiche

S E D E

Il/La sottoscritt _____ nat _____ a _____

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

del corso di laurea in :

- Odontoiatria e Protesi Dentaria
 Tecniche audioprotesiche
 Scienze riabilitative delle professioni sanitarie; Scienze delle professioni sanitarie della riabilitazione
 Igiene dentale
 Logopedia
 Ortottica ed Assistenza Oftalmologica

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. Giancarlo CORDASCO