



Università  
degli Studi di  
Messina

DIPARTIMENTO DI MEDICINA  
CLINICA E SPERIMENTALE

**Direttore: Prof. Giovanni 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:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Fisioterapia                    | <input type="checkbox"/> Scienze e tecniche psicologiche cliniche e preventive |
| <input type="checkbox"/> Infermieristica                 | <input type="checkbox"/> Psicologia clinica e della salute nel ciclo di vita   |
| <input type="checkbox"/> 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:  I Sessione  II Sessione  
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  I Sessione  II Sessione dell'a.a. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

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

IL RELATORE

\_\_\_\_\_

---

**PARTE RISERVATA AL DIRETTORE DI DIPARTIMENTO**

Si conferma l'assegnazione

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

IL DIRETTORE

*Prof. Giovanni Raimondo*