



Università
degli Studi di
Messina

DIPARTIMENTO DI MEDICINA
CLINICA E SPERIMENTALE
Direttore: Prof. Carmelo Rodolico

Al Signor Direttore
Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale
SEDE

DOMANDA DI ASSEGNAZIONE TESI

Come da Regolamento dei Corsi di Studio, la domanda va presentata in Segreteria almeno 90 giorni prima della data di inizio della prima sessione di Laurea utile per i CCdSS triennali e 6 mesi prima per i CdS Magistrale

Il/La sottoscritt _____ nat_ a _____

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

del Corso di Laurea in:

CdS delle Professioni Sanitarie

Fisioterapia

Infermieristica

Tecniche di Neurofisiopatologia

CdS

Scienze e tecniche psicologiche cliniche e preventive

Psicologia clinica e della salute nel ciclo di vita

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 dell'a.a. _____ / _____ nella seguente sessione:

CdS Professioni Sanitarie	<input type="checkbox"/> I Sessione	<input type="checkbox"/> II Sessione		
CdS	<input type="checkbox"/> I Marzo	<input type="checkbox"/> II Luglio	<input type="checkbox"/> III Ottobre	<input type="checkbox"/> IV Dicembre (straordinaria)

Messina,

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 seguente sessione dell'a.a. _____ / _____ :

CdS Professioni Sanitarie	<input type="checkbox"/> I Sessione	<input type="checkbox"/> II Sessione		
CdS	<input type="checkbox"/> I Marzo	<input type="checkbox"/> II Luglio	<input type="checkbox"/> III Ottobre	<input type="checkbox"/> IV Dicembre (straordinaria)

Data di assegnazione, _____

IL RELATORE

PARTE RISERVATA AL DIRETTORE DI DIPARTIMENTO

Si conferma l'assegnazione

IL DIRETTORE
Prof. Carmelo Rodolico