



# Università degli Studi di Messina

DIPARTIMENTO DI MEDICINA CLINICA E SPERIMENTALE

DIRETTORE PROF. G. 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"/> Dietistica |
| <input type="checkbox"/> Infermieristica                 | <input type="checkbox"/> Psicologia |
| <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 dell' a.a. \_\_\_\_/\_\_\_\_

- I (Marzo)  II (Luglio)  III (Ottobre)  straordinaria (Dicembre)

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 (Marzo)  II (Luglio)  III (Ottobre)  straordinaria (Dicembre) a.a. \_\_\_\_/\_\_\_\_

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

IL RELATORE

\_\_\_\_\_

### **PARTE RISERVATA AL DIRETTORE DI DIPARTIMENTO**

Università degli Studi di Messina - UNIMECCL Dip. di Medicina Clinica e Sperimentale
Prot. n. _____
Del _____/_____/_____
Tit./Cl. _____/_____

Si conferma l'assegnazione

IL DIRETTORE

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