



**DIPARTIMENTO DI SCIENZE BIOMEDICHE, ODONTOIATRICHE
E DELLE IMMAGINI MORFOLOGICHE E FUNZIONALI
UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI MESSINA**

DOMANDA DI ASSEGNAZIONE TESI

Per il conseguimento della Laurea lo studente deve consegnare il presente modulo, debitamente compilato, **almeno 6 mesi prima della data di inizio della prima sessione di Laurea utile**

Al Direttore del Dipartimento di Scienze Biomediche, Odontoiatriche
e delle Immagini Morfologiche e Funzionali
dell'Università degli Studi Messina

Il/La sottoscritt _____ nat _ a _____
il _____ matr. _____ iscritt ___ per l'a.a. _____ / _____ al Corso di Studio
triennale:

- **Corso di Studio a Magistrale in Biotecnologie per la Salute (LM-9)**
- **Corso di Studio Magistrale in Scienze e Tecniche delle Attività Motorie Preventive e Adattate (LM - 67)**
- **CdSM in Odontoiatria e Protesi Dentaria (LM-46)**
- **CdSM in Scienze delle Professioni Sanitarie Tecniche Diagnostiche (LM-SNT3)**
- **CdSM in Medicine and Surgery (LM-41)**

CHIEDE

che gli/le venga assegnata una tesi di Laurea nel Corso Integrato di _____
sul seguente argomento _____
_____.

Al tal fine dichiara di voler sostenere l'esame di Laurea nella sessione:

- marzo
- luglio
- ottobre
- dicembre

per l'anno accademico _____

Messina, _____

FIRMA



**DIPARTIMENTO DI SCIENZE BIOMEDICHE, ODONTOIATRICHE
E DELLE IMMAGINI MORFOLOGICHE E FUNZIONALI
UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI MESSINA**

PARTE RISERVATA AL RELATORE

Nome e Cognome del Relatore _____

Qualifica Relatore Professore Ordinario Professore Associato Ricercatore Altra categoria

Corso Integrato di _____

Titolo della tesi _____

_____.

Data di assegnazione _____

IL RELATORE

**VISTO
IL COORDINATORE DEL CORSO DI STUDIO**

Prof. _____

Registrata con _____

Messina, _____

PARTE RISERVATA AL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO

Si conferma l'assegnazione

Messina, _____

Il Direttore
Prof. Sergio Baldari