



**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:

- CdSM in Biotecnologie Mediche(LM-9)
- CdSM 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 _____

Titolo della tesi

Data di assegnazione _____

IL RELATORE

**VISTO
IL COORDINATORE DEL CORSO DI STUDIO**

Prof. _____

Messina, _____

PARTE RISERVATA AL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO

Si conferma l'assegnazione

Il Direttore

Prof. Sergio Lucio Vinci



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

A.O.U. Policlinico "G.Martino"- Torre Biologica "Agatino Santoro", I Piano
Via Consolare Valeria – 98125 MESSINA
Tel. 090.2213361