



**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 90 giorni 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 in Scienze Motorie, Sport e Salute (classe L-22)**
☐ **Corso di Studio in Biotecnologie (classe L-2)**
☐ **CdS in Scienze Gastronomiche (L-26)**

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 In _____

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