



**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