



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
Ch.mo Prof. Sergio Baldari

Il/La sottoscritt _____ nat_ a _____

il ___/___/_____ matr. _____ iscritt_ per l'a.a. ___/___ al Corso di Studio triennale di:

- Tecniche di Radiologia Medica, per Immagini e Radioterapia (L/SNT3)**
- Ortottica e Assistenza Oftalmologica (L/SNT2)**
- Tecniche della Prevenzione nell'Ambiente e nei Luoghi di Lavoro (L/SNT4)**
- Tecniche di Laboratorio Biomedico (L/SNT3)**
- Tecnica della Riabilitazione Psichiatrica (L-SNT2)**

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 di:

- Marzo/Aprile**
- Ottobre/Novembre**

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