



**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
Ch.mo Prof. Sergio L. Vinci

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 L. Vinci