

MODULO RICHIESTA DI ASSEGNAZIONE TESI DI LAUREA IN _____

AL PRESIDENTE DEL CDLS/CLDM IN _____

SCUOLA DI MEDICINA E CHIRURGIA

IL/LA SOTTOSCRITT _____

NAT ___ A _____ IL _____

ISCRITT ___ AL _____ ANNO DEL CDLS/CLDM IN _____, ATTIVO PRESSO

LA SEDE DI NAPOLI, CON NUMERO DI MATRICOLA _____ / _____

CHIEDE

CHE GLI/LE VENGA ASSEGNATA, PER RAPPORTO DIRETTO, UNA TESI DI TIPO **SPERIMENTALE**

OVVERO **COMPILATIVA** – (Cassare l’opzione che non interessa) SOTTO LA GUIDA DEL/LLA

PROF. /PROF.SSA _____, AVENTE QUALE

ARGOMENTO _____.

Napoli, _____

Firma dello studente
(leggibile e di proprio pugno)

Firma del Relatore per accettazione
(leggibile e di proprio pugno)

Spazio dove apporre il timbro del
Dipartimento di afferenza del
Relatore

Eventuale cambio tesi :

MOTIVAZIONE _____

Firma dello studente (leggibile di proprio pugno) _____

Firma del vecchio relatore Prof./Prof.ssa (leggibile e di proprio pugno) _____

Firma del nuovo Relatore Prof./Prof.ssa (leggibile e di proprio pugno) _____

Nuovo Argomento _____

Spazio dove apporre il timbro del
Dipartimento di afferenza del Relatore

Spazio dove apporre il timbro del
competente Ufficio di Segreteria
Studenti