



**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 6 mesi 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  
**CdSM in Medicine and Surgery (LM-41)**

**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 Integrato \_\_\_\_\_

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



**DIPARTIMENTO DI SCIENZE BIOMEDICHE, ODONTOIATRICHE  
E DELLE IMMAGINI MORFOLOGICHE E FUNZIONALI  
UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI MESSINA**

A.O.U. Policlinico "G.Martino"- Torre Biologica "Agatino Santoro", I Piano  
Via Consolare Valeria – 98125 MESSINA  
Tel. 090.2213361