

C.D.L. IN MEDICINA E CHIRURGIA – SEDE DI CASERTA

MODULO DI RICHIESTA DI ASSEGNAZIONE DELLA TESI DI LAUREA

L SOTTOSCRITT_ _____
NAT_ A _____ prov. ___ IL _____ ISCRITT_ AL ___ ANNO
DEL CORSO DI LAUREA IN MEDICINA E CHIRURGIA - SEDE DI CASERTA, MATRICOLA
___ / _____ TEL. _____ CELL. _____

CHIEDE

L'ASSEGNAZIONE TESI DI TIPO:

COMPILATIVA

SPERIMENTALE

DAL TITOLO:

SOTTO LA GUIDA DEL RELATORE PROF.: _____

Timbro e firma per esteso del Relatore per accettazione



Firma _____

Caserta, li _____

Firma dello studente
