



DICHIARAZIONE DI ASSEGNAZIONE TESI DI LAUREA A CURA DEL RELATORE

Il/La sottoscritto/a Prof./ssa _____

docente Relatore della cattedra _____

presso questa Università

DICHIARA

di aver seguito lo studente/ssaiscritto al
CORSO DI LAUREA MAGISTRALE A CICLO UNICO DM.270/04 in MEDICINA E CHIRURGIA (LM-41)
nell'elaborazione di una tesi di laurea

COMPILATIVA

SPERIMENTALE

1) Materia di laurea (indicare l'esatta denominazione del Corso Integrato)

1b) Settore Scientifico Disciplinare (sigla S.S.D-denominazione per esteso S.S.D)

2) Altra Materia di laurea, se prevista (indicare l'esatta denominazione del Corso Integrato)

2b) Settore Scientifico Disciplinare (sigla S.S.D-denominazione per esteso S.S.D)

3) Titolo della tesi/lavoro finale (in lingua italiana)

3b) Titolo della tesi/lavoro finale (in lingua inglese)

da discutere nel mese di _____ anno _____ .

Lingua discussione tesi (se diversa dall'italiano) _____

Il CORRELATORE sarà il/la Prof./ssa _____

Data _____

Firma del Relatore

Firma del Laureando
