



**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

Il/La sottoscritt _____ nat a _____
il _____ matr. _____ iscritt _____ per l'a.a. _____ / _____ al Corso di Studio
triennale:

- CdS in Tecniche di Radiologia Medica, per Immagini e Radioterapia (L/SNT3)**
- CdS in Ortottica e Assistenza Oftalmologica (L/SNT2)**
- CdS in Tecniche della Prevenzione nell'Ambiente e nei Luoghi di Lavoro (L/SNT4)**
- CdS in Tecniche di Laboratorio Biomedico (L/SNT3)**
- CdS in 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:

- 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. _____

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



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

DOMANDA DI MODIFICA TITOLO TESI

Al Signor Direttore Del Dipartimento di Scienze Biomediche,
Odontoiatriche e delle Immagini Morfologiche e Funzionali
S E D E

Il/La sottoscritt Prof. _____ relatore della tesi dell_
studente _____ matr. _____ del Corso di Studio in :

- CdSM in Biotecnologie Mediche (LM-9)
- CdSM in Scienze e Tecniche delle Attività Motorie Preventive e Adattate (LM - 67)
- CdSM in Odontoiatria e Protesi Dentaria (LM-46)
- CdSM in Scienze delle Professioni Sanitarie Tecniche Diagnostiche (LM-SNT3)
- CdSM in Medicine and Surgery (LM-41)
- CdS in Scienze Motorie, Sport e Salute (classe L-22)
- Corso di Studio in Biotecnologie (classe L-2)
- CdS in Scienze Gastronomiche (L-26)
- CdS in Tecniche di Radiologia Medica, per Immagini e Radioterapia (L/SNT3)
- CdS in Ortottica e Assistenza Oftalmologica (L/SNT2)
- CdS in Tecniche della Prevenzione nell'Ambiente e nei Luoghi di Lavoro(L/SNT4)
- CdS in Tecniche di Laboratorio Biomedico (L/SNT3)
- CdS in Tecnica della Riabilitazione Psichiatrica (L-SNT2)

che dovrà sostenere l'esame di laurea nel mese di _____ dell'a.a. _____

Chiede di essere autorizzat_a modificare il titolo della tesi
da _____

a _____

.

Rimanendo sostanzialmente inalterato l'argomento trattato.

Messina _____

Il Relatore

VISTO
IL COORDINATORE DEL CORSO DI STUDIO

Parte riservata al Direttore del Dipartimento

Si conferma la modifica

IL DIRETTORE
(Prof. Sergio Lucio Vinci)



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

DOMANDA DI SOSTITUZIONE RELATORE

Al Signor Direttore Del Dipartimento di Scienze Biomediche,
Odontoiatriche e delle Immagini Morfologiche e Funzionali
S E D E

Il/La sottoscritt Prof. _____ relatore della tesi del _____
studente _____ matr. _____ del Corso di Studio in :

- CdSM in Biotecnologie Mediche (LM-9)
- CdSM in Scienze e Tecniche delle Attività Motorie Preventive e Adattate (LM - 67)
- CdSM in Odontoiatria e Protesi Dentaria (LM-46)
- CdSM in Scienze delle Professioni Sanitarie Tecniche Diagnostiche (LM-SNT3)
- CdSM in Medicine and Surgery (LM-41)
- CdS in Scienze Motorie, Sport e Salute (classe L-22)
- CdS in Biotecnologie (classe L-2)
- CdS in Scienze Gastronomiche (L-26)
- CdS in Tecniche di Radiologia Medica, per Immagini e Radioterapia (L/SNT3)
- CdS in Ortottica e Assistenza Oftalmologica (L/SNT2)
- CdS in Tecniche della Prevenzione nell'Ambiente e nei Luoghi di Lavoro (L/SNT4)
- CdS in Tecniche di Laboratorio Biomedico (L/SNT3)
- CdS in Tecnica della Riabilitazione Psichiatrica (L-SNT2)

che dovrà sostenere l'esame di laurea nel mese di _____ dell'a.a. _____

Dichiara di non poter più seguire nella stesura della tesi l__student_____.
Matr. _____ per _____.
In luogo del__sottoscritt__ subentrerà il/la prof. _____.

Messina _____

Il Relatore

Parte riservata al relatore Subentrante

Il/La sottoscritt _____ dichiara di essere disponibile a subentrare quale relatore.

Dichiara altresì che l'argomento della tesi rimarrà inalterato

Il relatore subentrante
(firma)

VISTO
IL COORDINATORE DEL CORSO DI STUDIO

Parte riservata al Direttore del Dipartimento

Si conferma la modifica

IL DIRETTORE
(Prof. Sergio Lucio Vinci)