



UNICAMILLUS

All. 8

Modulo di Assegnazione Relatore Tesi di Laurea

Facoltà Dipartimentale di Medicina
CdL in Odontoiatria e Protesi Dentaria

Cognome e Nome _____

Matr. _____ Anno di Corso: _____ A.A. _____

Titolo della Tesi (provvisorio): _____

Relatore/ricerca Prof./ssa _____

Correlatore/ricerca (opzionale) _____

Tipologia di Tesi (apporre x)

- Sperimentale o di ricerca
- Compilativa o curriculare

Sessione di Laurea prevista (mese, anno): _____

Roma, lì _____

Firma Studente/ssa

Firma Relatore/ricerca
