All. 8

Modulo di Assegnazione Relatore Tesi di Laurea

(Da consegnare alla Segreteria Didattica del Corso di Studio
Entro 6 mesi dalla prevista seduta di Laurea)

Facoltà Dipartimentale di Medicina

CdL in Odontoiatria e Protesi Dentaria

Cognome e Nome _____

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

Titolo della Tesi (anche provvisorio):

_____

_____

Relatore Prof._____

Correlatore (opzionale)_____

Tipologia di Tesi (apporre x)

- Sperimentale o di ricerca
- Compilativa o curriculare

Sessione di Laurea prevista (mese, anno):

_____

Roma, lì _____

Firma Studente Firma Relatore

_____ _____

N.B.: Si allega autocertificazione degli esami svolti, scaricata dall'area personale dello studente in GOMP

UniCamillus – Saint Camillus International University of Health Sciences – Via di Sant'Alessandro 8 - 00131 Roma
www.unicamillus.org info@unicamillus.org PEC: unicamillus@pec.it Tel. +39 06 40 06 40 Codice Fiscale 97962900581 P.Iva. 15031161001