



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DEL MOLISE

DIPARTIMENTO DI MEDICINA E SCIENZE DELLA SALUTE “VINCENZO TIBERIO”
CORSO DI LAUREA IN FISIOTERAPIA

A.A. _____ - _____
(da compilare in ogni sua parte in stampatello)

STUDENTE:

Nome _____ Cognome _____ matr. _____

Iscritto, nel corrente anno accademico, al anno in corso / fuori corso

RELATORE:

Nome _____ Cognome _____ Qualifica* _____

SEDE DI SVOLGIMENTO DELLA TESI **: _____

MATERIA DELLA TESI: _____

TITOLO DELLA TESI: _____

SESSIONE PRESUNTA DI LAUREA (estiva, autunnale, ordinaria e straordinaria): _____

FIRMA STUDENTE _____ FIRMA RELATORE _____

DATA DI CONSEGNA DEL MODULO ____ / ____ / _____

Note:

* **Qualifica: PO, PA, RC.**

** **Se la tesi si svolge in struttura NON CONVENZIONATA anche saltuariamente, indicarne la denominazione.**