



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DEL MOLISE

DIPARTIMENTO DI MEDICINA E DI SCIENZE DELLA SALUTE "V. TIBERIO"

**MODULO ASSEGNAZIONE TESI
SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE**

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a _____ il
_____, matricola _____, iscritto nell'a.a. _____ al _____ anno
della Scuola di Specializzazione in _____

CHIEDE

di poter sostenere l'esame di diploma di specializzazione nell'a.a. _____

materia di tesi _____

relatore _____

titolo tesi _____

Lo specializzando

Firma Relatore

