

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DEL MOLISE

DIPARTIMENTO DI BIOSCIENZE E TERRITORIO



**Al Presidente del Corso di Laurea in
Scienze biologiche**

RICHIESTA DI ASSEGNAZIONE DELLA TESI

Studente _____ Matricola: _____

Domicilio: via _____ n° _____

C.A.P. _____ Città _____ Provincia (_____)

Telefono _____ Cellulare _____

e-mail _____

Materia _____ Tipologia della tesi: bibliografica / laboratorio / tirocinio

Titolo della tesi _____

La prova finale deve avere luogo entro e non oltre gli 8 (otto) mesi dalla data di assegnazione; in caso contrario, lo studente dovrà presentare una nuova richiesta di assegnazione di tesi.

Docente Relatore: prof. _____

Firma del Relatore

Firma dello Studente

Lo studente dichiara, inoltre, di aver già acquisito almeno 130 CFU ed allega, alla presente, la fotocopia firmata del proprio libretto universitario.

Data di consegna al Presidente del CCS _____

Firma del Presidente del CCS _____

