

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DEL MOLISE



**DIPARTIMENTO DI MEDICINA E DI SCIENZE DELLA SALUTE
CORSO DI LAUREA IN OSTETRICIA**

AL PRESIDENTE
CORSO DI LAUREA IN OSTETRICIA
UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DEL MOLISE
CAMPOBASSO

__l__ sottoscritt _____ matricola n° _____
nat ____ a _____ il _____
residente in Via _____ cap _____
città _____ recapito telefonico _____

CHIEDE

di sostenere l'esame finale di laurea nell'a.a. _____ sessione _____

Allo scopo esprime le seguenti preferenze sull'argomento e relatore della tesi:

Ordine di preferenza	Argomento tesi	Relatore proposto
I		
II		

Data _____

Firma Candidato
