

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DEL MOLISE

DIPARTIMENTO DI BIOSCIENZE E TERRITORIO



Al Presidente del Corso di Laurea
Magistrale in Biologia

RICHIESTA TESI

Studente: _____	Matricola: _____	
Domicilio: _____		
C.A.P. _____	Città: _____	Provincia: _____
Telefono _____	Cellulare _____	
e-mail _____		
Tipologia della tesi: sperimentale/bibliografica (cancellare la voce che non interessa)		
<i>Il sottoscritto dichiara sotto la sua responsabilità che al momento della presente richiesta ha conseguito un numero di CFU pari a _____.</i>		
Disponibilità a frequentare anche laboratori esterni all'Ateneo:	SI/NO	
Data _____	Firma _____	

<i>Da assegnare in sede di CCS (Riunione del _____)</i>		
Materia/SSD:	_____	
Docente Relatore:	_____	
	(Nome e Cognome)	
	(Firma del Docente)	
Docente Correlatore:	_____	
	(Nome e Cognome)	
	(Firma del Docente)	

