



**UNIVERSITA' DEGLI STUDI DEL MOLISE
FACOLTA' DI SCIENZE DEL BENESSERE
CORSO DI LAUREA IN SCIENZE MOTORIE**

AL SIG. PRESIDE DELLA
FACOLTA' DI SCIENZE DEL BENESSERE
UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DEL MOLISE
CAMPOBASSO

Il sottoscritt _____ matricola n° _____

nat _____ a _____ il _____

residente in Via _____ cap _____

città _____ recapito telefonico _____

CHIEDE

l'assegnazione della seguente tesi di laurea:

Materia _____

Titolo della tesi: _____

Data di assegnazione _____

A.A. _____ SESSIONE _____

Docente Relatore: prof. _____

Firma Relatore

Firma Candidato
