



**UNIVERSITA' DEGLI STUDI DEL MOLISE**  
**FACOLTA' DI SCIENZE DEL BENESSERE**  
**CORSO DI LAUREA IN SCIENZE E TECNICHE DELLE ATTIVITA' MOTORIE**  
**PREVENTIVE E ADATTATE (A.M.P.A.)**

AL SIG. PRESIDE DELLA  
FACOLTA' DI SCIENZE DEL BENESSERE  
UNIVERSITA' 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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_