



Seconda Università degli studi di Napoli

C.d.L. IN MEDICINA E CHIRURGIA – SEDE DI CASERTA

## MODULO DI RICHIESTA DI ASSEGNAZIONE DELLA TESI DI LAUREA

\_L\_ SOTTOSCRITT\_ \_\_\_\_\_ NAT\_ A  
\_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_ ISCRITT\_ AL  
\_\_\_\_\_ ANNO DEL CORSO DI LAUREA IN MEDICINA E CHIRURGIA DI CASERTA,  
MATR. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ TEL. \_\_\_\_\_ / CELL. \_\_\_\_\_

### CHIEDE

CHE GLI/LE VENGA ASSEGNATA UNA TESI DI TIPO:

- COMPILATIVA  
 SPERIMENTALE

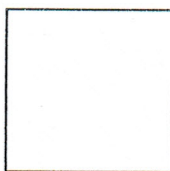
DAL TITOLO:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

SOTTO LA GUIDA DEL RELATORE PROF.: \_\_\_\_\_

CON IL QUALE HA GIA' PRESO ACCORDI.

Timbro e firma per esteso del Relatore per accettazione:



Firma \_\_\_\_\_

Caserta, li \_\_\_\_\_

Firma dello studente  
\_\_\_\_\_