

Dipartimento di Medicina Molecolare e Biotecnologie Mediche

Corso di Laurea Magistrale in Biotecnologie Mediche

MODULO DI ASSEGNAZIONE TESI

1) **STUDENTE**

Cognome _____ Nome _____
EMAIL _____ TEL _____
Matricola _____ Data _____ Firma _____

2) **RELATORE**

(Da compilare a cura del relatore)

Cognome _____ Nome _____
Struttura _____ Ruolo _____
Indirizzo _____ TEL _____
EMAIL _____

- Docente titolare di un insegnamento nel Corso di Laurea
- Docente del Dipartimento di Medicina Molecolare e Biotecnologie Mediche
- Docente esterno al Corso di Laurea e al Dipartimento o ricercatore del settore pubblico o privato

Accetto di fungere da relatore di tesi per lo studente:

Data _____ Firma (leggibile) _____

3) **RELATORE INTERNO** (Docente del Corso di Laurea; da compilare solo se in 2 è stato indicato come RELATORE un docente esterno al Corso di Laurea e al Dipartimento o un ricercatore del settore pubblico o privato)

Cognome _____ Nome _____
Struttura _____ Ruolo _____
Indirizzo _____ TEL _____
EMAIL _____

Accetto di fungere da relatore interno per lo studente: _____

Data _____ Firma (leggibile) _____

APPROVATO DALLA COMMISSIONE PER LE ATTIVITA' DI TESI E TIROCINIO

Data _____ Firma / TIMBRO _____