

Dichiarazione del docente relatore della tesi di laurea

*Alla Segreteria Studenti della
Facoltà di Medicina e Odontoiatria*

Il/La sottoscritto/a Prof./ssa

_____ *(scrivere sul rigo superiore)*

Titolare dell'insegnamento in

_____ *(indicare la denominazione dell'insegnamento e il relativo SSD)*

presso il Corso di studio in

_____ *(specificare la denominazione e la tipologia: LS, LM, V.O.)*

della Facoltà di

_____ *(Medicina e Odontoiatria; Farmacia e Medicina; Medicina e Psicologia)*

Dichiara che lo studente

_____ *Matricola, Cognome e nome dello studente (scrivere sul rigo superiore)*

È assegnatario della tesi di laurea

Compilativa *Sperimentale* *Teorica* *Progettuale* *(barrare l'opzione)*

_____ *Materia della tesi (se diversa dalla materia dell'insegnamento e SSD)*

_____ *Titolo della tesi (indicare il titolo della tesi. Se lo spazio non basta continuare sul retro del foglio)*

_____ *Nome del docente correlatore, se previsto (scrivere sul rigo qui sopra)*

Il sottoscritto dichiara infine che lo studente si può laureare nell'appello previsto per

_____ *(indicare mese e anno dell'appello di laurea)*

_____ **Data**

_____ **Nome, cognome e firma del relatore**

_____ **Firma dello studente**