

Al Chiar.mo Sig. Presidente
Corso di Laurea Triennale in
Assistenza Sanitaria
Reggio Emilia

RICHIESTA ASSEGNAZIONE TESI DI LAUREA

Il/La sottoscritto/a _____
matricola n. _____

C H I E D E

di _____ essere assistito/a dal _____ docente
_____ nella preparazione della
Tesi di Laurea compilativa sperimentale dal titolo indicativo

da discutere nella sessione di _____ (mm/aaaa).

Al fine della realizzazione della tesi è richiesta la frequenza della seguente sede:

Per il periodo: da _____ a _____

Reggio Emilia, _____

Firma dello studente

Firma del docente