



UNICAMILLUS

All. 8

## Modulo di Assegnazione Relatore Tesi di Laurea

Facoltà Dipartimentale di Medicina  
CdL in Odontoiatria e Protesi Dentaria

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Matr. \_\_\_\_\_ Anno di Corso: \_\_\_\_\_ A.A. \_\_\_\_\_

Titolo della Tesi (provvisorio): \_\_\_\_\_

Relatore/ricer. Prof./ssa \_\_\_\_\_

Correlatore/ricer. (opzionale) \_\_\_\_\_

Tipologia di Tesi (apporre x)

- Sperimentale o di ricerca
- Compilativa o curriculare

Sessione di Laurea prevista (mese, anno): \_\_\_\_\_

Roma, lì \_\_\_\_\_

Firma Studente/ssa

Firma Relatore/ricer.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_