



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DEL MOLISE

FACOLTA' DI SCIENZE MM.FF.NN.

Al Presidente del corso di Laurea in Scienze Biologiche

RICHIESTA TESI

Studente: _____ **Matricola:** _____

Domicilio: _____

C.A.P. _____ **Città** _____ **Provincia** _____

Telefono _____ **Cellulare** _____

e-mail _____

Tipologia della tesi: sperimentale/bibliografica (cancellare la voce che non interessa)

Materia (in ordine di preferenza):
1) _____
2) _____
3) _____

Il sottoscritto dichiara sotto la sua responsabilità che al momento della presente richiesta ha conseguito un numero di CFU pari a _____, compresi quelli relativi alla laurea di I livello.

Disponibilità a frequentare anche laboratory esterni all'Ateneo: **SI/NO**

Data _____ **Firma** _____

Da assegnare in sede di CCS (Riunione del _____)

Materia: _____

Docente Relatore: _____

Docente Correlatore: _____

Titolo della tesi: _____
