

**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 e Timbro \_\_\_\_\_