Al Coordinatore del Consiglio del

Corso di Laurea Magistrale in Scienze dell’Alimentazione e della Nutrizione Umana

SEDE

**RICHIESTA ASSEGNAZIONE TESI**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_iscritto al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

anno del Corso di Laurea Magistrale in Scienze dell’Alimentazione e della Nutrizione

Umana, matricola n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_chiede di poter svolgere una tesi di tipo\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_che verterà sulla tematica\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_con il Docente Relatore: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e che avrà come Correlatore il Dott./ Prof. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (non obbligatorio).

Dichiara, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, N. 445, di aver superato i seguenti esami:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Esami Sostenuti** | **CFU** | **VOTO** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Firma del Docente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Con osservanza

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Indirizzo mail istituzionale: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Numero di telefono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_