



Al Presidente del C.d.L.  
della Facoltà di Medicina e Psicologia

### Assegnazione tesi docente esterno alla Facoltà di Medicina e Psicologia

Il/la sottoscritto/a ..... ricercatore/professore  
associato/professore ordinario, settore disciplinare..... dell'insegnamento di.....  
..... della Facoltà di.....  
..... dell'Università di.....  
.....

### CHIEDE

di poter seguire la tesi di laurea, in qualità di docente esterno, dello studente:

Nome:.....  
Cognome:.....  
Matricola:.....  
Nato/a a: ..... il: .....  
Residente a: .....  
Recapito Telefonico: ..... Cell.....  
E-mail:.....  
Iscritto/a al..... anno.....  
Del Corso di Laurea  **Magistrale**  **Specialistica**  **Vecchio Ordinamento** in:  
.....  
.....  
.....

Argomento della tesi:

.....  
.....  
.....

**Dichiaro altresì di essere a conoscenza che tale assegnazione è sottoposta all'autorizzazione del Presidente del proprio Corso di Laurea.**

Roma, li.....

Visto si approva  
Il Presidente del C.d.L.

FIRMA del Docente esterno

.....

FIRMA dello Studente

.....