



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI MESSINA
DIPARTIMENTO DI SCIENZE BIOMEDICHE, ODONTOIATRICHE E DELLE IMMAGINI
MORFOLOGICHE E FUNZIONALI ”

DOMANDA DI SOSTITUZIONE RELATORE

Al Signor Direttore Del Dipartimento di Scienze Biomediche,
Odontoiatriche e delle Immagini Morfologiche e Funzionali
S E D E

Il/La sottoscritt Prof. _____ relatore della tesi del _____
studente _____ matr. _____ del Corso di Studio in :

- CdSM in Biotecnologie Mediche (LM-9)
- CdSM in Scienze e Tecniche delle Attività Motorie Preventive e Adattate (LM - 67)
- CdSM in Odontoiatria e Protesi Dentaria (LM-46)
- CdSM in Scienze delle Professioni Sanitarie Tecniche Diagnostiche (LM-SNT3)
- CdSM in Medicine and Surgery (LM-41)
- CdS in Scienze Motorie, Sport e Salute (classe L-22)
- CdS in Biotecnologie (classe L-2)
- CdS in Scienze Gastronomiche (L-26)
- CdS in Tecniche di Radiologia Medica, per Immagini e Radioterapia (L/SNT3)
- CdS in Ortottica e Assistenza Oftalmologica (L/SNT2)
- CdS in Tecniche della Prevenzione nell'Ambiente e nei Luoghi di Lavoro (L/SNT4)
- CdS in Tecniche di Laboratorio Biomedico (L/SNT3)
- CdS in Tecnica della Riabilitazione Psichiatrica (L-SNT2)

che dovrà sostenere l'esame di laurea nel mese di _____ dell'a.a. _____

Dichiara di non poter più seguire nella stesura della tesi l_student_____.
Matr. _____ per _____.
In luogo del ___ sottoscritt ___ subentrerà il/la prof. _____.

Messina _____

Il Relatore

Parte riservata al relatore Subentrante

Il/La sottoscritt _____ dichiara di essere disponibile a subentrare quale relatore.

Dichiara altresì che l'argomento della tesi rimarrà inalterato

Il relatore subentrante
(firma)

VISTO
IL COORDINATORE DEL CORSO DI STUDIO

Parte riservata al Direttore del Dipartimento

Si conferma la modifica

IL DIRETTORE
(Prof. Sergio Lucio Vinci)