Al Presidente del Corso di Laurea magistrale in

Scienze dell’Alimentazione e della Nutrizione Umana

Da consegnare almeno sei mesi prima della data presunta per l’esame di laurea

alla Segreteria didattica del Dipartimento, Via A. Fabretti n.48

Dott. Roberta Bianchi

Tel. 075 585 2238

e-mail: roberta.bianchi1@unipg.it; segr-didattica.dsf@unipg.it

Perugia (data)………………

RICHIESTA SVOLGIMENTO ATTIVITÀ DI TESI

Il/la sottoscritto/a………………………………………………………………………..…., matricola ………………..……………, e-mail ……………………………………...………………………………., iscritto/a al Corso di Laurea magistrale in Scienze dell’Alimentazione e della Nutrizione Umana nell’ A.A. …………………………………………..….…………

## CHIEDE

di poter svolgere l’attività di tesi ☐sperimentale-☐compilativa, dal titolo provvisorio …………………….……………………………….………………………………………………………………………...

presso il Dipartimento/Sezione ……………….……………..................……………………………..……

con il Prof. ………………………………………………………..……….………....…………..……………………… a decorrere dal ……………………………………….…………………..……………………….……………...

Firma dello studente

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

Firma del Relatore

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