



Università degli Studi di Milano-Bicocca
DIPARTIMENTO DI MEDICINA E CHIRURGIA
(SCHOOL OF MEDICINE AND SURGERY)

Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia
PROPOSTA DI TESI DI LAUREA*
A.A. _____ - _____

Il modulo deve essere compilato in ogni sua parte con PC o in stampatello e deve essere inviato via e-mail all'indirizzo internati.medicina@unimib.it

STUDENTE: cognome _____ nome _____ matr. _____ anno corso _____

RELATORE: nome e cognome _____ qualifica** _____

CORRELATORE: nome, cognome, recapito telefonico e indirizzo e-mail _____

SEDE DI SVOLGIMENTO DELLA TESI E DELL'INTERNATO DI LAUREA (indicare denominazione completa dell'ente, reparto/laboratorio)

AREA DELL' ATTIVITÀ DI TESI:

clinica preclinica

TIPO DI TESI:

sperimentale compilativa

AMBITO DI RICERCA AL QUALE SI RIFERISCE LA TESI:

SESSIONE PRESUNTA DI LAUREA ***:

TIMBRO E FIRMA DEL RELATORE _____

FIRMA DELLO STUDENTE _____

INDIRIZZO/ RECAPITO STUDENTE _____

DATA _____

Note:

* Si veda il Regolamento didattico del Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia con particolare riferimento all'Art. 7.13

** Qualifica: PO (Professore Ordinario), PA (Professore Associato), RC (Ricercatore).

*** Estiva se la tesi è assegnata entro il 10.1; autunnale se la tesi è assegnata entro il 10.3; invernale se la tesi è assegnata entro il 10.9.