



Università degli Studi di Ferrara

SEGRETERIA FACOLTÀ MEDICINA E CHIRURGIA



APPROVAZIONE RELATORE ESTERNO DI TESI

Al Magnifico Rettore
dell'Università degli Studi di
FERRARA

Il/La sottoscritto/a _____,
nato/a a _____ il giorno _____,
studente regolarmente iscritto al _____
del corso di laurea in _____
per l'anno accademico _____ matricola n. _____;
Cell. _____ Mail: _____

CHIEDE

l'approvazione alla nomina di **secondo relatore** della propria tesi di laurea, come previsto dall'art. 46 del Regolamento studenti, del docente esterno:

Prof./Dott. _____

(nome e cognome del secondo relatore)

(contatti o mail del docente – **dato obbligatorio**)

docente dell'Ateneo di _____

oppure figura esterna con competenze specifiche in ambito _____

presso _____.-

Ferrara, _____

(firma del laureando)

1° RELATORE _____

(nome e cognome)

(firma del 1° relatore)

2° RELATORE ESTERNO _____

(nome e cognome)

(firma del 2° relatore)

SI APPROVA: _____

(firmato il Presidente di corso di studio)

TIMBRO
del
Presidente
di corso di
studio