



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