



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI MACERATA

AREA SEGRETERIE STUDENTI

FACOLTA' DI SCIENZE DELLA FORMAZIONE

CORSO DI LAUREA IN

FOGLIO TESI

Il sottoscritto Prof.....

dichiara

che la tesi in (materia)

dello studente matr. n.

ha il seguente titolo

.....

.....

FIRMA DEL LAUREANDO

FIRMA DEL TITOLARE DELL'INSEGNAMENTO

.....

.....

TITOLARE DELL'INSEGNAMENTO: (scrivere in stampatello)

(solo se diverso dal titolare dell'insegnamento)

Cognome e Nome del Relatore (scrivere in stampatello)

Firma del Relatore

Macerata, li

Area Diritto allo Studio – Ufficio I – Viale Piave, 42 – 62100 Macerata

Orario di sportello: lun-ven 9.30 – 12; sab 10.30 – 12

Call Center 0733/2582000 – Fax 0733/2586025