



**CORSO DI LAUREA MAGISTRALE
IN MEDICINA E CHIRURGIA
APPELLO DI LAUREA DI OTTOBRE 2017**

DA RESTITUIRE ALLA SCUOLA DI MEDICINA E CHIRURGIA
(nei locali della Presidenza della Scuola di Medicina e Chirurgia)
entro le ore 12:00 di mercoledì 30 agosto 2017

al numero di fax **049/8218680** o via mail all'indirizzo provafinale.medicinachirurgia@unipd.it

**MODULO PER I DOCENTI RELATORI DI TESI
PROPOSTA DI NOMINA DEL CONTRORELATORE**

(SI RICORDA CHE È CURA DEL RELATORE CONCORDARE CON IL CONTRORELATORE LE DISPONIBILITÀ)

Il sottoscritto Prof. _____ relatore della tesi dello studente
(Cognome e Nome in stampatello)

_____ Matricola _____
(Cognome e Nome in stampatello)

Titolo della tesi _____

preso atto dei criteri approvati dal Consiglio di Corso di Laurea;

propone al Presidente del Consiglio di Corso di Laurea la nomina, quale **controrelatore**, di uno dei seguenti nominativi:

1. Prof./Dr. _____
(Cognome e Nome)
2. Prof./Dr. _____
(Cognome e Nome)
3. Prof./Dr. _____
(Cognome e Nome)

dichiara:

- **che i colleghi proposti sono disponibili nelle stesse date dal sottoscritto segnalate nel Modulo per i Docenti Relatori di Tesi;**
- che i controrelatori non appartengono allo stesso Gruppo di Ricerca del Relatore;
- che non hanno partecipato allo studio oggetto della tesi dello studente;
- che hanno interessi scientifici inerenti o affini all'argomento della tesi.

FIRMA E TIMBRO DEL RELATORE _____

* Il controrelatore dovrà essere presente in seduta di laurea, limitatamente alla sua controrelazione, è membro della commissione di laurea ed è cura del relatore concordare con quest'ultimo le disponibilità.

** Le proposte con meno di tre nominativi non verranno prese in esame.

Il Presidente del Consiglio del Corso di Laurea, vista la proposta, nomina controrelatore il Docente sopra elencato al numero
(1) (2) (3)

Firma _____

Il Presidente del Consiglio di Corso di Laurea, vista la proposta, la rigetta per i seguenti motivi:

Firma _____