



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI SASSARI

Signor _____

nat _____ a _____ il _____

laureando in _____

ANNO ACCADEMICO ____ / ____ / ____

TITOLO DELLA TESI DI LAUREA:

Relatore: Prof. _____

(FIRMA AUTOGRAFA)

Sassari, _____

FIRMA DELLO STUDENTE

Timbro
della
Facoltà

Visto: IL PRESIDE DELLA FACOLTÀ

N.B. Le domande di laurea scadono improrogabilmente:

- Per la sessione estiva il **15 maggio**;
- Per la sessione autunnale il **15 settembre**;
- Per la sessione straordinaria il **15 gennaio**.