

FACOLTÀ TEOLOGICA PUGLIESE
ISTITUTO SUPERIORE DI SCIENZE RELIGIOSE METROPOLITANO
“San Michele Arcangelo”
Viale C. Colombo, 101 – 71121 FOGGIA

(Si prega di compilare il modulo in stampatello in ogni sua parte)

DOMANDA DI DEPOSITO DEL TITOLO DI TESI DI LAUREA

Al Direttore dell'I.S.S.R. “San Michele Arcangelo”

Il/La sottoscritt... _____

nat... a _____ il _____

iscritt... per l'anno accademico _____ al _____ anno corso fuori corso

con matr. n._____

avendo concordato con il RELATORE prof. _____

che sottoscrive per approvazione, il seguente schema di lavoro di tesi per il conseguimento del seguente titolo:

- Baccalaureato in Scienze Religiose
 Licenza in Scienze Religiose - indirizzo _____

chiede alla S.V.

che il tema rimanga riservato per 5 anni solari dalla data di consegna.

Il titolo non può essere cambiato se non per intervenuti gravi motivi a discrezione del Direttore.
(Art. 21 §2 del Regolamento)

Titolo tesi: _____

Linee essenziali di sviluppo previsto: _____

Bibliografia essenziale: _____

Foggia, _____

Firma per approvazione del professore Relatore

Lo Studente

Consegnato in segreteria il _____ Da discutersi a partire da _____

La Segreteria

Il Direttore
