



**AUTORIZZAZIONE RELATORE/RELATRICE ESTERNO/A**

N. MATRICOLA

Il/la sottoscritto/a

nato/a a  Prov.  il

Iscritto/al Dipartimento di  al  anno/fuori corso  
del corso di Laurea/Laurea Magistrale in

Chiede di poter discutere la tesi di Laurea con il/la Prof./Prof.ssa

Titolare della disciplina  codice

Del Dipartimento di:

*Data di consegna*

*Firma del/della candidato/a*

**NULLA OSTA**

Il/La sottoscritto/a

Presidente del corso

Esprime parere favorevole alla richiesta del/della studente/studentessa , intesa a discutere la dissertazione  
di Laurea con il/la Prof./Prof.ssa

del Dipartimento di

*Data di approvazione*

*Firma del/della Presidente*

Il/La sottoscritto/a

Docente della disciplina

Impartita presso il Dipartimento di  dichiara la propria  
disponibilità a guidare e a discutere la tesi di laurea, presso il Dipartimento cui lo/la studente/studentessa è  
iscritto/a, qualora l'interessato/a ottenga la prescritta autorizzazione.

*Data*

*Firma del/della Professore/ssa*