



CORSO DI LAUREA IN COMPUTATIONAL COGNITIVE SCIENCE
DIPARTIMENTO DI NEUROSCIENZE, IMAGING E SCIENZE CLINICHE
SCUOLA DI MEDICINA E SCIENZE DELLA SALUTE

MATRICOLA: COGNOME E NOME:

DATA E LUOGO DI NASCITA:

TITOLO DELLA TESI (IN STAMPATELLO):

.....
.....
.....

TITOLO DELLA TESI IN LINGUA INGLESE (IN STAMPATELLO):

.....
.....
.....

RELATORE (IN STAMPATELLO) :

DATA ASSEGNAZIONE TESI:/...../.....

TIPOLOGIA TESI: COMPILATIVA SPERIMENTALE

DURATA IN MESI:

INSEGNAMENTO:

SETTORE SCIENTIFICO DISCIPLINARE:

ANNO ACCADEMICO:/.....

SESSIONE: ESTIVA
 AUTUNNALE
 STRAORDINARIA

FIRMA DEL RELATORE:
.....

FIRMA DEL CO-RELATORE

FIRMA DEL CANDIDATO:

CHIETI,

