



**Università
degli Studi
di Palermo**



Dipartimento di **Promozione della Salute, Materno-Infantile, Medicina Interna e Specialistica di Eccellenza "G. D'Alessandro"**

DIPARTIMENTO DI PROMOZIONE DELLA SALUTE, MATERNO-INFANTILE, MEDICINA INTERNA
E SPECIALISTICA DI ECCELLENZA "G. D'ALESSANDRO" - PROMISE

Direttore: Prof. Antonio Carroccio

**Alla Segreteria Didattica
del Dipartimento PROMISE**

Oggetto: Richiesta assegnazione tesi sperimentale/compilativa.

Il/La sottoscritto/a _____,
nato/a a _____ il ____/____/_____, in qualità di studente
del _____ anno del Corso di Laurea in _____
_____, matricola: _____,
email: _____, tel: _____,

CHIEDE

L'assegnazione della tesi sperimentale/compilativa dal titolo seguente:

Relatore/i Prof./ri: _____

Correlatore/i Prof./ri _____

Sessione di laurea prevista _____

Palermo li ____/____/_____

Firma Studente

Firma e timbro del relatore / firma digitale

Prof. _____