



**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

sottoscritt

nat a il , in qualità di student
del Corso di Laurea in ,
anno, matricola: , tel: ,
email:

CHIEDE

L'assegnazione della tesi 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. _____