



**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 modifica titolo tesi e/o relatore.

sottoscritt

nat a il , in qualità di student

del Corso di Laurea in ,

anno, matricola: , tel: ,

email:

CHIEDE

la modifica del titolo della tesi già assegnata con richiesta

prot. n. del .

Relatore/i Prof./ri:

Correlatore/i Prof./ri:

In particolare, chiede la modifica del titolo originario nel nuovo titolo:

(in caso di modifica del/i Relatore/i)

Relatore/i Prof./ri:

Correlatore/i Prof./ri

Sessione di laurea prevista

Palermo li

Firma Studente

Firma e timbro del relatore / firma digitale

Prof. _____