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.

Il/La sottoscritto/a ,

nato/a a il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_, in qualità di studente

del \_\_\_\_\_\_\_ anno del Corso di Laurea in

 , matricola: ,

email: , tel: ,

**CHIEDE**

la modifica del titolo della tesi sperimentale/compilativa 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 lì \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| Firma Studente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Firma e timbro del relatore / firma digitaleProf. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |