



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 li \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Firma Studente

Firma e timbro del relatore / firma digitale

\_\_\_\_\_

Prof. \_\_\_\_\_