



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. _____