



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PALERMO
POLO TERRITORIALE UNIVERSITARIO DI TRAPANI

CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA

Richiesta tesi

Cognome e nome _____

Matr. _____; domiciliato/a in _____

Via _____ n° _____; Tel. _____; Cell. _____

e-mail _____

Anno accademico e sessione prevista per la laurea _____

Disciplina nella quale si intende richiedere la tesi

Argomento della tesi di laurea _____

Titolo della tesi di laurea _____

Cognome e nome del correlatore _____

Cognome e nome del relatore _____

Firma del correlatore

Firma dello studente

Firma del relatore
