



**Università
degli Studi
di Palermo**

**Dipartimento di Biomedicina,
Neuroscienze e Diagnostica Avanzata**

Il Direttore: Prof. Giuseppe Ferraro



Al Dipartimento di
BIOMEDICINA, NEUROSCIENZE E
DIAGNOSTICA AVANZATA (Bi.N.D.) *
SUA SEDE

Oggetto: richiesta modifica titolo tesi **sperimentale/compilativa**

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

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

“
.....
.....”

Relatore/i Prof./ri:

Correlatore/i Prof./ri

Sessione di laurea prevista

Palermo li

Lo studente richiedente

Il Relatore

F.to

F.to

Una copia della presente richiesta, provvista di numero e data di protocollo, va consegnata, unitamente alla
tesi cartacea, alla segreteria didattica del Corso di Laurea.

*Dipartimento di afferenza del docente relatore