



**Università
degli Studi
di Palermo**

**Dipartimento Me.Pre.C.C.
Medicina di Precisione in Area
Medica, Chirurgica e Critica**

Il/la sottoscritto/a _____

Matr. _____ iscritto/a al _____ anno del Corso di

Laurea in _____

CHIEDE

La *variazione* **RELATORE**

Relatore precedente: _____

Relatore definitivo: _____

Correlatore/i Prof. _____

SESSIONE DI LAUREA PREVISTA _____

Recapiti (telefono e-mail) _____ / _____

Data _____

Firma del Relatore

Firma dello studente
