



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PALERMO

DIPARTIMENTO DI BIOMEDICINA,
NEUROSCIENZE E DIAGNOSTICA
AVANZATA (Bi.N.D.)

Direttore – Prof. Giuseppe Ferraro



Oggetto: modifica titolo tesi sperimentale/compilativa prot. _____ del _____

Si certifica che la tesi dal titolo:

“

_____”

dello/a studente _____ matr. _____

iscritto/a al Corso di Laurea in _____

è di tipologia:

sperimentale

compilativa

e avrà come relatore il Prof. _____

e correlatore il Prof./Dott. _____

SESSIONE DI LAUREA PREVISTA _____

Palermo li _____

Firma del Relatore
