



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PALERMO

DIPARTIMENTO DI
BIOMEDICINA SPERIMENTALE E
NEUROSCIENZE CLINICHE

Il Direttore – Prof. Giuseppe Ferraro

BioNeC

Il/La sottoscritto/a _____

Matr. _____ iscritto/a al _____ anno del corso di laurea in
Medicina e Chirurgia

CHIEDE

L'assegnazione della **tesi sperimentale** dal Titolo:

Relatore/i Prof. _____

Correlatore/i Prof. _____

SESSIONE DI LAUREA PREVISTA _____

Recapiti (telefono e mail) _____ / _____

Data _____

Firma del Relatore

Firma dello Studente
