



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

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

Il/La sottoscritto/a ....., nella qualità di studente del  
..... anno del corso di laurea in ....., matricola  
....., email ....., tel .....

**chiede**

La modifica del titolo della **tesi sperimentale/compilativa** dal titolo:

“  
.....  
.....  
.....  
.....”

al nuovo titolo:

“  
.....  
.....  
.....  
.....”

Relatore/i Prof. ....

Correlatore/i Prof./Dott. ....

SESSIONE DI LAUREA PREVISTA .....

Palermo li .....

Firma del Relatore

Firma dello studente

.....

.....

Una copia con il protocollo della data di richiesta va consegnata, unitamente alla tesi cartacea, alla segreteria didattica del Corso di Laurea, presso gli uffici di via Parlavocchio (complesso aule nuove)

\*Dipartimento di afferenza del docente relatore