



Oggetto: Richiesta tesi sperimentale/compilativa

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

chiede

L'assegnazione del titolo della **tesi sperimentale/compilativa:**

“
.....
.....”

Relatore/i: Prof.

Correlatore/i: Prof.

SESSIONE DI LAUREA PREVISTA:

Palermo, li

Studente richiedente

Relatore

.....

.....

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 Parlavecchio (complesso aule nuove)