



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

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

Il/La sottoscritto/a ..... , nato/a

a ..... il .....,

in qualità di studente del ..... anno del Corso di Laurea in

.....,

matricola:....., email:.....,

tel:.....,

**CHIEDE**

la **modifica del titolo** della tesi **sperimentale/compilativa** già assegnata con  
richiesta prot. n. .... del .....

In particolare chiede la modifica del titolo originario nel **nuovo titolo**:

“ .....  
.....  
.....”

Relatore/i Prof./ri: .....

Relatore/i subentrante Prof./ri: .....  
(in caso di sostituzione del/i Relatore/i)

Correlatore/i Prof./ri .....

Sessione di laurea prevista .....

Palermo li .....

Lo studente richiedente

Il Relatore

F.to .....

F.to .....

Una copia della presente richiesta, provvista di numero e data di protocollo, va consegnata, unitamente alla tesi cartacea, alla segreteria didattica del Corso di Laurea.

\*Dipartimento di afferenza del docente relatore