



# UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PALERMO

DIPARTIMENTO DI DISCIPLINE CHIRURGICHE, ONCOLOGICHE E STOMATOLOGICHE

Il/ sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
Matr. \_\_\_\_\_ iscritto/a al \_\_\_\_\_ anno del Corso di  
Laurea in Medicina e Chirurgia, con riferimento alla richiesta tesi prot. n.  
del \_\_\_\_\_

## CHIEDE

La *variazione tesi sperimentale*:

**Titolo precedente:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Titolo definitivo:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Relatore/i Prof. \_\_\_\_\_

Correlatore/i Prof. \_\_\_\_\_

Contro relatore Prof. \_\_\_\_\_

SESSIONE DI LAUREA PREVISTA \_\_\_\_\_

Recapiti (telefono e mail) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma del Relatore

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Firma dello studente