



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

\_\_\_\_\_