



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

CHIEDE

L'assegnazione *tesi compilativa* dal titolo:

Relatore/i Prof. _____

Correlatore/i Prof. _____

Contro relatore Prof. _____

SESSIONE DI LAUREA PREVISTA _____

Recapiti (telefono e mail) _____ / _____

Data _____

Firma del Relatore

Firma dello studente