



# 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 sperimentale* 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