Università degli Studi di Palermo

DIPARTIMENTO DI MEDICINA DI PRECISIONE IN AREA MEDICA, CHIRURGICA E CRITICA (Me.Pre.C.C.)

Il/La sottoscritto/a

Matr. iscritto/a al anno del Corso di Laurea Magistrale a ciclo unico in **Odontoiatria e Protesi dentaria**

CHIEDE

la **Variazione** del **Relatore** della **Tesi** Sperimentale/Compilativa dal titolo:

Relatore precedente:

Relatore Prof.

Correlatore/i Prof.

SESSIONE DI LAUREA PREVISTA

Telefono Email

Data

Firma del Relatore

_____

Firma dello studente

_____