



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PALERMO



**DIPARTIMENTO DI PROMOZIONE DELLA SALUTE, MATERNO-
INFANTILE, MEDICINA INTERNA E SPECIALISTICA DI ECCELLENZA
“G. D’ALESSANDRO”
Direttore: Prof. Antonio Craxì**

MODULO RICHIESTA ASSEGNAZIONE TESI SPERIMENTALE

ANNO ACCADEMICO..... MATRICOLA N.....

....I.... sottoscritt.....

studente del.....anno del Corso di Laurea in.....

.....

CHIEDE

l’assegnazione di una tesi sperimentale dal titolo:

.....
.....

Relatore Prof.

Correlatore Prof.....

SESSIONE LAUREA PREVISTA

Recapiti (tel/ e mail)

Data

Firma del Relatore

Firma dello studente

MODIFICA TITOLO TESI

PROT.

TITOLO DEFINITIVO:

.....
.....
.....

Firma del Relatore

Firma dello studente
