



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PALERMO



DIPARTIMENTO DI PROMOZIONE DELLA SALUTE, MATERNO-INFANTILE, MEDICINA INTERNA E
SPECIALISTICA DI ECCELLENZA "G. D'ALESSANDRO" - PROMISE
DIRETTORE: PROF. ANTONIO CARROCCIO

**Alla Segreteria Didattica del
Dipartimento PROMISE**

Oggetto: Richiesta titolo tesi.

Si certifica che la tesi dal titolo: “ _____

_____”

dello/a Studente _____ matricola 0 _____
iscritto/a al _____ ° anno del Corso di Laurea Magistrale in **MEDICINA E
CHIRURGIA** / (se altro, specificare) _____

è di tipologia sperimentale/compilativa e sarà così composta:

- relatore, Prof./Professoressa _____
- correlatore il/la Dott./Dottoressa _____

Palermo li ____ / ____ / _____

Firma e timbro del relatore /
firma digitale

Prof. _____

Firma Studente
