



Università
degli Studi
di Palermo



Dipartimento di **P**romozione della Salute, **M**aterno-Infantile, **M**edicina Interna e **S**pecialistica di Eccellenza "G. D'Alessandro"

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 in **NURSING** 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
