



Al Dipartimento di
BIOMEDICINA, NEUROSCIENZE E
DIAGNOSTICA AVANZATA (Bi.N.D.) *
SUA SEDE

Oggetto: richiesta modifica titolo tesi **sperimentale/compilativa**

Il/La sottoscritto/a,
nato/a a il,
in qualità di studente del anno del Corso di Laurea in
.....,
matricola, email, tel

CHIEDE

la **modifica del titolo** della tesi **sperimentale/compilativa** già assegnata con richiesta prot.
n. del

In particolare chiede la modifica del titolo originario nel **nuovo titolo:**

“
.....
.....”

Relatore/i Prof./ri

Relatore/i subentrante/i Prof./ri.: (in caso di sostituzione del/i Relatore/i)

Correlatore/i Prof./ri

Sessione di laurea prevista

Palermo lì

Lo studente richiedente

Il Relatore

F.to

F.to

Una copia della presente richiesta, provvista di numero e data di protocollo, va consegnata, unitamente alla tesi cartacea, alla segreteria didattica del Corso di Laurea.

*Dipartimento di afferenza del docente relatore