



Università
degli Studi di
Messina

DIPARTIMENTO DI MEDICINA
CLINICA E SPERIMENTALE

Direttore: Prof. Giovanni Raimondo

DOMANDA DI MODIFICA TITOLO TESI

Al Signor Direttore

Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale

S E D E

Il/La sottoscritt _____ relatore della tesi dell_
student _____ matr. _____

del Corso di Studio in:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Fisioterapia | <input type="checkbox"/> Scienze e tecniche psicologiche cliniche e preventive |
| <input type="checkbox"/> Infermieristica | <input type="checkbox"/> Psicologia clinica e della salute nel ciclo di vita |
| <input type="checkbox"/> Tecniche di Neurofisiopatologia | |

che dovrà sostenere l'esame di Laurea nella Sessione: I Sessione II Sessione dell' a.a. _____/_____

chiede di essere autorizzato a modificare il titolo della Tesi

da: _____

a: _____

rimanendo sostanzialmente inalterato l'argomento trattato.

Messina, _____

IL RELATORE

PARTE RISERVATA AL DIRETTORE DI DIPARTIMENTO

Si conferma la modifica

Messina, _____

IL DIRETTORE

Prof. Giovanni Raimondo