



Università
degli Studi di
Messina

DIPARTIMENTO DI MEDICINA
CLINICA E SPERIMENTALE
Direttore: Prof. Carmelo Rodolico

Al Signor Direttore
Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale
S E D E

DOMANDA MODIFICA TITOLO TESI

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

del Corso di Studio in:

CdS delle Professioni Sanitarie

- Fisioterapia
 Infermieristica
 Tecniche di Neurofisiopatologia

CdS

- Scienze e tecniche psicologiche cliniche e preventive
 Psicologia clinica e della salute nel ciclo di vita

che dovrà sostenere l'esame di Laurea nella seguente Sessione dell' a.a. _____ / _____

CdS Professioni Sanitarie	<input type="checkbox"/> I Sessione	<input type="checkbox"/> II Sessione		
CdS	<input type="checkbox"/> I Marzo	<input type="checkbox"/> II Luglio	<input type="checkbox"/> III Ottobre	<input type="checkbox"/> IV Dicembre (straordinaria)

chiede di essere autorizzat ___ 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

IL DIRETTORE
Prof. Carmelo Rodolico