



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:

- Fisioterapia
- Scienze e tecniche psicologiche cliniche e preventive
- Infermieristica
- Psicologia clinica e della salute nel ciclo di vita
- Tecniche di Neurofisiopatologia

che dovrà sostenere l'esame di Laurea nella sessione autunnale straordinaria 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

Università degli Studi di Messina - UNIMECLES
Dip. di Medicina Clinica e Sperimentale
Prot. n. _____
Del _____ / _____ / _____
Tit./Cl. _____ / _____

Si conferma la modifica

Messina, _____

IL DIRETTORE
Prof. Giovanni Raimondo