



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