



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI MESSINA  
DIPARTIMENTO DI SCIENZE BIOMEDICHE, ODONTOIATRICHE E DELLE IMMAGINI  
MORFOLOGICHE E FUNZIONALI ”

\*\*\*\*\*

DOMANDA DI MODIFICA TITOLO TESI

Al Signor Direttore Del Dipartimento di Scienze Biomediche,  
Odontoiatriche e delle Immagini Morfologiche e Funzionali  
S E D E

Il/La sottoscritt Prof. \_\_\_\_\_ relatore della tesi dell\_  
studente \_\_\_\_\_ matr. \_\_\_\_\_ del Corso di Studio in Medicine  
and Surgery (LM-41) che dovrà sostenere l'esame di laurea nel mese di \_\_\_\_\_ dell'a.a. \_\_\_\_\_

Chiede di essere autorizzat\_a modificare il titolo della tesi

da \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Rimanendo sostanzialmente inalterato l'argomento trattato.

Messina \_\_\_\_\_

Il/La Relatore/trice

VISTO  
LA COORDINATRICE DEL CORSO DI STUDIO  
Prof.ssa Daniela Caccamo

**Parte riservata al Direttore del Dipartimento**

Si conferma la modifica

IL DIRETTORE  
Prof. Sergio Lucio Vinci