

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 :

CdSM in Biotecnologie Mediche (LM-9)

o

CdSM in Scienze e Tecniche delle Attività Motorie Preventive e Adattate (LM - 67)

o

CdSM in Odontoiatria e Protesi Dentaria (LM-46)

o

CdSM in Scienze delle Professioni Sanitarie Tecniche Diagnostiche (LM-SNT3)

o

CdSM in Medicine and Surgery (LM-41)

o

CdS in Scienze Motorie, Sport e Salute (classe L-22)

o

Corso di Studio in Biotecnologie (classe L-2)

o

CdS in Scienze Gastronomiche (L-26)

o

CdS in Tecniche di Radiologia Medica, per Immagini e Radioterapia (L/SNT3)

o

CdS in Ortottica e Assistenza Oftalmologica (L/SNT2)

o

CdS in Tecniche della Prevenzione nell'Ambiente e nei Luoghi di Lavoro(L/SNT4)

o

CdS in Tecniche di Laboratorio Biomedico (L/SNT3)

o

CdS in Tecnica della Riabilitazione Psichiatrica (L-SNT2)

o

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 Relatore

VISTO

IL COORDINATORE DEL CORSO DI STUDIO

**Parte riservata al Direttore del Dipartimento**

Si conferma la modifica

 IL DIRETTORE

(Prof. Sergio Lucio Vinci)