



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)
- CdSM in Scienze e Tecniche delle Attività Motorie Preventive e Adattate (LM - 67)
- CdSM in Odontoiatria e Protesi Dentaria (LM-46)
- CdSM in Scienze delle Professioni Sanitarie Tecniche Diagnostiche (LM-SNT3)
- CdSM in Medicine and Surgery (LM-41)
- CdS in Scienze Motorie, Sport e Salute (classe L-22)
- Corso di Studio in Biotecnologie (classe L-2)
- CdS in Scienze Gastronomiche (L-26)
- CdS in Tecniche di Radiologia Medica, per Immagini e Radioterapia (L/SNT3)
- CdS in Ortottica e Assistenza Oftalmologica (L/SNT2)
- CdS in Tecniche della Prevenzione nell'Ambiente e nei Luoghi di Lavoro(L/SNT4)
- CdS in Tecniche di Laboratorio Biomedico (L/SNT3)
- CdS in Tecnica della Riabilitazione Psichiatrica (L-SNT2)

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)