



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

DOMANDA DI MODIFICA TITOLO TESI

Al Direttore del Dipartimento di Scienze Biomediche, Odontoiatriche
e delle Immagini Morfologiche e Funzionali
dell'Università degli Studi di Messina

Il/La sottoscritt_ _____ relatore della tesi dell_ _____
student_ _____ matr. _____ del _____
Corso di Studio di _____
che dovrà sostenere l'esame di Laurea sessione estiva autunnale straordinaria 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

Prof. _____

PARTE RISERVATA AL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO

Si conferma la modifica

**Il Direttore
Prof. Sergio Baldari**