

AL DIRETTORE DELLA  
SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN \_\_\_\_\_  
UNIVERSITÀ CATTOLICA DEL SACRO CUORE  
FACOLTA' DI MEDICINA E CHIRURGIA "AGOSTINO GEMELLI"  
LARGO FRANCESCO VITO, 1 - 00168 ROMA  
OGGETTO: DOMANDA PER LA MODIFICA DEL TITOLO DELLA TESI

Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
iscritto per l'anno accademico \_\_\_\_\_ matricola n. \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
anno del corso di specializzazione in \_\_\_\_\_  
chiede che il titolo della tesi sia così modificato \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

da elaborarsi sotto la guida del ch.mo Prof. \_\_\_\_\_

Roma, \_\_\_\_\_

In fede

\_\_\_\_\_

**Parte Riservata alla Scuola**

Si approva il titolo della tesi sopraindicato.

Saranno correlatori i Professori:

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

Roma, \_\_\_\_\_

IL DIRETTORE DELLA SCUOLA

\_\_\_\_\_