

Prot. n. 197584 del 17/06/2020

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI VERONA
SCUOLA DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea Magistrale a ciclo unico in Odontoiatria e Protesi Dentaria

Presidente: Prof. XXXX

TESI DI LAUREA:

TITOLO DELLA TESI

Relatore

Chiar.mo Prof. XXXXXXXXX

Correlatore

Prof./Dott. XXXXXXXXX

Laureando

XXXXXXXX

(matricolaXXXX)

Anno Accademico 2xxx/xx