



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in

(TITOLO TESI)

Relatore: (Chiar.ma/o Prof.ssa/Prof – Dott.ssa/Dott.)
NOME RELATORE
FIRMA

Tesi di Laurea di:
NOME LAUREANDO
FIRMA

(se previsto)

Correlatore: (Chiar.ma/o Prof.ssa/Prof – Dott.ssa/Dott.)
NOME CORRELATORE
FIRMA

Anno Accademico 20__-20__