

**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI VERONA**

**Corso di Laurea Magistrale a ciclo unico in Medicina e Chirurgia**

**(Titolo della Tesi)**

-----  
-----

**Relatore**

**Ch.mo Prof.** *(nome e cognome Relatore)*

**Laureando**

*(Nome, Cognome, matricola)*

**Anno Accademico** *(20xx/xx)*