

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