

Università degli Studi di Padova

Scuola di Medicina e Chirurgia

**CORSO DI LAUREA MAGISTRALE**

**IN MEDICINA E CHIRURGIA**

**SESSIONE DI LAUREA DI MARZO 2018**

**DA RESTITUIRE ALLA SCUOLA DI MEDICINA E CHIRURGIA**

**(nei locali della Presidenza della Scuola di Medicina e Chirurgia)**

**entro le ore 12:00 di mercoledì 7 febbraio 2018**

al numero di **fax 049/8218680** o via mail all’indirizzo provafinale.medicinachirurgia@unipd.it

|  |
| --- |
| **Modulo Correlatori di Tesi** |
|  |
| Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ matricola n°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Cognome e Nome dello studente)  laureando in Medicina e Chirurgia nella sessione di laurea di **marzo** **2018**, comunica di seguito i nominativi dei propri    correlatori di tesi:         1. Prof./Dr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   (Cognome e Nome)   1. Prof./Dr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   (Cognome e Nome)   1. Prof./Dr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   (Cognome e Nome)  FIRMA DEL LAUREANDO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |