



**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](mailto: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)

2. Prof./Dr. \_\_\_\_\_  
(Cognome e Nome)

3. Prof./Dr. \_\_\_\_\_  
(Cognome e Nome)

FIRMA DEL LAUREANDO \_\_\_\_\_