



**CORSO DI LAUREA MAGISTRALE
IN MEDICINA E CHIRURGIA
APPELLO DI LAUREA DI LUGLIO 2017**

DA RESTITUIRE ALLA SCUOLA DI MEDICINA E CHIRURGIA
(nei locali della Presidenza della Scuola di Medicina e Chirurgia)
entro le ore 12:00 di giovedì 15 giugno 2017

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 nell'appello di laurea di **luglio 2017**, 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 _____