



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



**UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA**

DICHIARAZIONE DI TESI SPERIMENTALE

LAUREA IN MEDICINA E CHIRURGIA

Il sottoscritto Prof./Dr. _____ in qualità di relatore di tesi di

laurea in Medicina e Chirurgia dello studente _____

matr. nr. _____ laureando nell'appello di laurea di _____

(Indicare mese e anno)

con tesi dal titolo:

DICHIARA

che la suddetta tesi ha carattere SPERIMENTALE

Data _____

(Firma)
