

Università degli Studi di Padova

Scuola di Medicina e Chirurgia

**CORSO DI LAUREA MAGISTRALE**

**IN MEDICINA E CHIRURGIA**

**APPELLO DI LAUREA DI OTTOBRE 2019**

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

**entro le ore 12:00 di venerdì 16 agosto 2019**

esclusivamente 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 2019**, 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |