

SCUOLA DI MEDICINA DIPARTIMENTO DI MEDICINA TRASLAZIONALE

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

Tesi di Laurea

**TITOLO**

Relatore:

**Dott./Prof. Nome COGNOME**

Candidato:

**Nome COGNOME**

Matricola \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

Anno Accademico 202\_/202\_