

MOD.A

AREA DI MEDICINA E CHIRURGIA

CORSO DI LAUREA

IN ODONTOIATRIA E PROTESI DENTARIA (vecchio ordinamento)

Esame di laurea dello studente _____

matr. _____ iscritto al corso di laurea in _____

cellulare _____ telefono abitazione _____

Dichiaro di accettare di discutere una tesi scritta in

(indicare la disciplina)

Titolo della tesi

con lo studente sopra indicato che ha personalmente elaborato la tesi di laurea sotto la mia direzione.

RELATORE

Nome _____

Firma _____

CO-RELATORE

(obbligatorio per il C.L. in Odontoiatria)

Nome. _____

Firma. _____
