

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA

(eventuale logo del Dipartimento)



**UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA**

DIPARTIMENTO DI _____

SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN _____

Direttore / Referente: Prof. _____

TESI DI SPECIALIZZAZIONE

“titolo _____”

RELATORE: Prof. _____

CORRELATORE (eventuale): Prof. _____

Medico in formazione specialistica:

Dott./Dott.ssa _____

Anno Accademico: ____/____