



UNIVERSITÀ
di **VERONA**

Richiesta tampone per frequenza reparto tesi

Lo/la studente/studentessa _____

matricola n° _____

iscritto/a al _____ anno

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

dichiara di iniziare a svolgere le attività inerenti alla preparazione della tesi di laurea presso l'Unità

Operativa _____

sede _____

direttore _____

sotto la supervisione del relatore/correlatore

Prof./Dott. _____

a partire dal _____

Verona, _____

Firma _____

Il presente modulo deve essere inviato via mail in pdf alla segreteria del Corso di Laurea:
carlotta.febo@univr.it

Collegio didattico del corso di laurea magistrale a ciclo unico in medicina e chirurgia

P.le L.A. Scuro, 10 – 37134 Verona | T: +39 045 8027516 - 7510

didattica.medicina@ateneo.univr.it

P. IVA 01541040232 | C.F. 93009870234