

# UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI VERONA

Corso di Laurea Specialistica a ciclo unico in Odontoiatria e Protesi Dentaria

Sede di Verona

(Titolo della Tesi)

-----  
-----

**Relatore**

Ch.mo Prof. *(nome e cognome Relatore)*

**Laureando**

*(Nome, Cognome, matricola)*

**Anno Accademico .....**