



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI TORINO  
Scuola di Medicina  
Dipartimento di Scienze Chirurgiche  
CORSO DI STUDIO IN IGIENE DENTALE

Presidente Prof.

TESI DI LAUREA

**titolo in italiano.....**

**titolo in inglese.....**

Relatore

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

Candidato

*(nome e cognome)*

*Correlatore* **SE PRESENTE**

**Prof./Dott.** *(nome e cognome)*

Anno Accademico