



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