

 

**DIPARTIMENTO DI SCIENZE MEDICHE,**

**CHIRURGICHE E DELLA SALUTE**

**CORSO DI LAUREA MAGISTRALE IN**

**ODONTOIATRIA E PROTESI DENTARIA**

Coordinatore: Chiar.mo Prof. Biasotto Matteo

***TITOLO***

***Laureando:***  ***Relatore:***

xxxxxxxxxxxxxxxxxx Chiar.mo Prof. xxxxxxxxxxxxxxxx

***Correlatori***:

Dott.ssa xxxxxxxxxxxxxx

Dott. xxxxxxxxxxxxxxx

**ANNO ACCADEMICO xxxx-xxxx**