

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI NAPOLI FEDERICO II
Corso di Laurea Magistrale
in Scienze delle Professioni Sanitarie Tecniche
Area Tecnico Diagnostica LM/SNT3

Alla Commissione Tesi di Laurea

Sede

Si comunica che allo studente _____ matr. _____

Telefono n. _____ e-mail _____

è stata assegnata la tesi compilativa dal titolo:

Relatore Prof. _____

Il Relatore
(Timbro e Firma)

Il Presidente
(Timbro e Firma)

Napoli,