

**REGIONE EMILIA-ROMAGNA  
CORSO DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE**

**TRIENNIO** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Sede di** \_\_\_\_\_

**DEPOSITO TITOLO DELLA TESI DI FINE CORSO**

**Candidato/a all'esame di fine corso:**

**Dr./Dr.ssa**.....

**TITOLO DELLA TESI**

---

---

---

---

**Obiettivi:** \_\_\_\_\_

---

---

---

---

oooooooooooooooooooooooooooo

**Il Relatore** si impegna a controllare che i contenuti della tesi saranno sviluppati nel rispetto delle regole di eticità e di tutela della privacy

**Timbro e firma del Relatore:** \_\_\_\_\_, data \_\_\_\_\_

*In Fede Il/La Medico in formazione*

\_\_\_\_\_

Visto, condiviso e approvato:

**il Coordinatore dell'attività teorica** \_\_\_\_\_

(Timbro e firma)