

**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)