

**Università degli Studi di Ferrara**

**Facoltà di Medicina, Farmacia e prevenzione**

**Corso di Studio in**

**“Tecniche di Radiologia Medica per Immagini e Radioterapia”**

**Coordinatore Prof. Roberto Galeotti**

**Tesi di Laurea**

**Titolo**

**Relatore: Prof. o Dott. nome e cognome**

**Laureando/a: nome e cognome**

**Anno Accademico 20….. – 20…….**