SEDI AGGREGATE

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PISA

**Scuola di**

**Scienze della Salute Umana**

Scuola di Specializzazione in  
Dermatologia e Venereologia

**Titolo della**

**Tesi**

**Relatore**

Nome e Cognome

**Correlatore (se previsto)**

Nome e Cognome

**Candidato**

Nome e Cognome