



DIPARTIMENTO DI MEDICINA TRASLAZIONALE

Direttore : Prof.ssa Fabiola Sinigaglia

CORSO DI LAUREA IN

DICHIARAZIONE

Il / La sottoscritto / a Prof. _____
dichiara che il / la Sig. / Sig.ra _____
ha sostenuto l'Esame di Profitto di _____
(facente parte del Tabellare didattico del Corso di Laurea in _____),
presso il Dipartimento di Medicina Traslazionale, il giorno _____.

“Ai sensi dell’art.15 comma 1 della Legge n. 183 del 12 novembre 2011, il presente certificato non può essere prodotto agli organi della Pubblica Amministrazione o ai privati gestori di pubblici servizi”.

Novara , li

Il Docente Esaminatore / Il Coordinatore Esame
