



## DIPARTIMENTO DI SCIENZE DELLA SALUTE

Direttore : Prof. Ilario Viano

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 Scienze della Salute, 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*

---