



UNIVERSITÀ DEL PIEMONTE ORIENTALE

DIPARTIMENTO MEDICINA TRASLAZIONALE

Via Solaroli, n. 17 – 28100 Novara

## *DICHIARAZIONE ESECUZIONE SERVIZI*

IL SOTTOSCRITTO/A \_\_\_\_\_

DICHIARA CHE SONO STATI REGOLARMENTE ESEGUITI I SERVIZI INDICATI NEL BUONO D'ORDINE

N° \_\_\_\_\_ DEL \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ CONSISTENTI IN

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Novara, li \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_