



DIPARTIMENTO DI SCIENZE DELLA SALUTE

Direttore : Prof. Ilario Viano

CORSO DI LAUREA IN

FISIOTERAPIA

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 Fisioterapia), presso il Dipartimento di
Scienze della Salute, il giorno _____.

Novara , li

Il Docente Esaminatore / Il Coordinatore Esame
