



## DIPARTIMENTO DI SCIENZE DELLA SALUTE

*Direttore : Prof. Ilario Viano*

*CORSO DI LAUREA IN*

*IGIENE DENTALE*

### 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 Igiene Dentale), presso il Dipartimento  
di Scienze della Salute, il giorno \_\_\_\_\_.

Novara , li

*Il Docente Esaminatore / Il Coordinatore Esame*

\_\_\_\_\_