



## DIPARTIMENTO DI MEDICINA TRASLAZIONALE

Direttore : Prof.ssa Fabiola Sinigaglia

*CORSO DI LAUREA IN*

*INFERMIERISTICA*

### 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 Infermieristica), presso il Dipartimento  
di Medicina Traslazionale, il giorno \_\_\_\_\_.

Novara , li

*Il Docente Esaminatore / Il Coordinatore Esame*

\_\_\_\_\_