



DIPARTIMENTO DI MEDICINA TRASLAZIONALE

Direttore : Prof.ssa Fabiola Sinigaglia

CORSO DI LAUREA IN

SCIENZE INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE

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 Scienze Infermieristiche ed Ostetriche),
presso il Dipartimento di Medicina Traslazionale, il giorno _____.

Novara , li

Il Docente Esaminatore / Il Coordinatore Esame
