



DIPARTIMENTO DI SCIENZE DELLA SALUTE

Direttore : Prof. Ilario Viano

CORSO DI LAUREA IN

TECNICHE DI LABORATORIO BIOMEDICO

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 Tecniche di Laboratorio Biomedico),

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

Novara , li

Il Docente Esaminatore / Il Coordinatore Esame
