



DIPARTIMENTO DI MEDICINA TRASLAZIONALE

Direttore : Prof.ssa Fabiola Sinigaglia

CORSO DI LAUREA IN

TECNICHE DI RADIOLOGIA PER IMMAGINI E RADIOTERAPIA

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 Radiologia per Immagini e

Radioterapia), presso il Dipartimento di Medicina Traslazionale, il giorno

_____.

Novara , li

Il Docente Esaminatore / Il Coordinatore Esame
