



UNIVERSITÀ DEL PIEMONTE ORIENTALE
SCUOLA DI MEDICINA

Via Lanino, 1 – 28100 Novara NO
Tel. 0321/660627- 601 - 568
Fax 0321/660521
ufficio.professioni.sanitarie@med.uniupo.it

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 _____),
presso il Dipartimento di _____,
il giorno _____.

“Ai sensi dell’art.15 comma 1 della Legge n. 183 del 12 novembre 2011, il presente certificato non può essere prodotto agli organi della Pubblica Amministrazione o ai privati gestori di pubblici servizi”.

Novara , lì

Il Docente Esaminatore / Il Coordinatore Esame
