



UNIVERSITÀ DEL PIEMONTE ORIENTALE

DIPARTIMENTO DI
MEDICINA TRASLAZIONALE

Al Presidente del Corso di Laurea Magistrale a
Ciclo unico in Medicina e Chirurgia
Università del Piemonte Orientale

Io Sottoscritto dott./dott.ssa _____ dichiaro che lo studente

matricola _____

ha frequentato l'attività _____

per un totale di _____ ore

di seminario/lezione

di tirocinio/esercitazione pratica

Li _____, _____

Firma