



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