

*Il presente modulo deve essere compilato a cura dello studente e convalidato da Presidente della Commissione, per gli usi consentiti. Si rilascia su richiesta dell'interessato.*

Il/La Presidente/essa della Commissione:

Nome: \_\_\_\_\_ Cognome: \_\_\_\_\_

**DICHIARA CHE**

Il/la laureando/a

Nome: \_\_\_\_\_ Cognome: \_\_\_\_\_

Matricola: \_\_\_\_\_

Iscritto al Corso di Laurea in: \_\_\_\_\_

ha sostenuto l'esame di Laurea in data: \_\_\_\_\_

presso la sede di:                      ROMA                       NAPOLI                       CITTÀ DI CASTELLO

presso la sede distaccata di:      MILANO                       PADOVA                       PESCARA                       BARI

CATANIA                       PALERMO

Firma del Presidente: \_\_\_\_\_