

*Il presente modulo deve essere compilato a cura dello studente e convalidato da un docente del Corso di Laurea di appartenenza, per gli usi consentiti. Si rilascia su richiesta dell'interessato.*

Il Docente: \_\_\_\_\_

Insegnamento: \_\_\_\_\_

**DICHIARA CHE**

Lo studente: \_\_\_\_\_

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

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

ha sostenuto in data: \_\_\_\_\_

l'esame di: \_\_\_\_\_ Voto \_\_\_\_\_

presso la sede di:                      ROMA                       NAPOLI                       CITTÀ DI CASTELLO

presso la sede distaccata di:      MILANO       PADOVA       PESCARA       BARI   
   CATANIA       PALERMO

Luogo e data: \_\_\_\_\_

Firma del Professore: \_\_\_\_\_