

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 odierna

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: _____