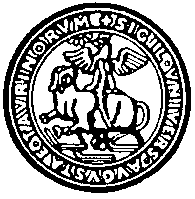
****

**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI TORINO**

TORINO, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE**

Si dichiara che il/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ha sostenuto l’esame del C.I.

“\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_”

del Corso di Laurea Magistrale in Scienze delle Professioni Sanitarie Tecniche Diagnostiche Classe LM/SNT3.

IN FEDE

Prof./Prof.ssa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Segreteria Didattica Lauree Sanitarie*

*Corso di Laurea Magistrale in Scienze delle Professioni Sanitarie Tecniche Diagnostiche*

*Classe LM/SNT3 Via Rosmini, 4 - 10126 -* *011.670 8130**011.236.8130*