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

**DICHIARAZIONE**

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

ha sostenuto l’esame del Corso Integrato:

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

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

IN FEDE

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