



UNIVERSITÀ DI PISA

Scuola di Medicina

Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale

Dipartimento di Patologia Chirurgica, Medica, Molecolare e dell'Area Critica

Dipartimento di Ricerca Traslazionale e delle Nuove Tecnologie in Medicina e Chirurgia

Pisa, _____

Si certifica che in data odierna

...l... sig... (nome)(cognome)

nat... a il / / matr. n.

Iscritt... al CdL CdLM in

..... ha

frequentato la lezione di
(indicare il Modulo dell'Insegnamento)

dalle ore alle ore in aula

Il docente

.....

sostenuto l'esame di profitto per l'Insegnamento di

.....

Il Presidente della Commissione

.....

sostenuto l'esame finale per il conseguimento del titolo di studio.

Il Presidente della Commissione

.....