FACOLTÀ DI MEDICINA
E PSICOLOGIA

SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA

DICHIARAZIONE

Si dichiara che lo studente: ……..

Matricola:……..

Corso di laurea:……..

In data……

Si è presentato a codesta Commissione per sostenere l'esame di laurea.

FIRMA e TIMBRO

Presidente della Commissione d'Esame

……

Università degli Studi di Roma "La Sapienza"
CF 80209930587 PI 02133771002
Facoltà di Medicina e Psicologia
Segreteria Didattica
Via dei Sardi n. 61 – 00185 ROMA
T (+39) 06 49917883 F (+39) 06 49917795
segreteriadidattica.psi2@uniroma1.it

Dichiarazione rilasciata in carta libera per gli usi consentiti