



ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

DIPARTIMENTO DI SCIENZE MEDICHE E CHIRURGICHE

.....

Con la presente dichiarazione, rilasciata in carta libera per gli usi consentiti dalla legge,

si dichiara

che la/o studentessa/e matricola numero
iscritta/o per l'A.A. / al Corso di Laurea Ostetricia dell'Università di Bologna, presso
la sede formativa di

ha frequentato la lezione/i relativa/e all'insegnamento di:

.....

ha sostenuto l'esame relativo all'insegnamento di:

.....

nella città di in data dalle ore alle ore

Si rilascia la presente dichiarazione su richiesta dell'interessata/o

Il/la Docente

.....