



**UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI  
DI TRIESTE**



Dipartimento  
**Universitario Clinico di Scienze  
Mediche Chirurgiche e della Salute**

**Corso di Laurea in Dietistica**  
Coordinatore: *prof.ssa Michela Zanetti*

Pordenone, .....

Con la presente, rilasciata in carta libera per gli usi consentiti dalla legge, si dichiara  
che .....

Matricola numero ..... iscritt..... per l'A.A. .... / ..... al Corso di  
Laurea/ Laurea Magistrale in Dietistica, sede di Pordenone, ha sostenuto l'esame di  
.....

. In data ..... dalle ore ..... alle ore  
.....

Si rilascia la presente dichiarazione su richiesta dell'interessato/a

Il Docente

.....