



**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

.....