



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI DI TRIESTE

Dipartimento di Scienze Chimiche e Farmaceutiche

Trieste, _____

A chi di competenza

Il/la sottoscritto/a _____

DICHIARA

che lo/la studente/ssa _____

n. matricola _____ iscritto/a al Corso di laurea _____

ha partecipato IN DATA ODIERNA alla lezione dell'insegnamento di

ha sostenuto IN DATA ODIERNA l'esame dell'insegnamento di

Il Docente titolare del Corso

Università degli Studi di Trieste

Dipartimento di Scienze Chimiche e Farmaceutiche Tel. +39 040 558 3527/7675/7664

Via A. Valerio 8/3

Fax +39 040 558 2909

I-34127 Trieste

didatticadsf@units.it

www.units.it