

Modulo per certificazione "Percorso professionalizzante specialistico"

**AL PRESIDENTE DEL CORSO DI LAUREA A CICLO UNICO IN MEDICINA E
CHIRURGIA "E"**

e.p.c.

AL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO DI _____

Il/La sottoscritto/a Prof./Prof.ssa _____

affidente al Dipartimento _____

Dichiara che lo studente _____

Matricola _____ ha svolto il percorso professionalizzante specialistico presso il:

Data,

Il firma del Tutor