



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI BRESCIA

Dipartimento di Scienze Cliniche e Sperimentali
Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia

ATTESTATO PARTECIPAZIONE ESAME

Si dichiara che la/il sig./sig.ra _____

matr. _____

ha sostenuto in data odierna l'appello per l'esame di _____ -

dalle ore _____ alle ore _____

Brescia, lì _____

Firma docente