



UNIVERSITÀ degli STUDI di TORINO
DIPARTIMENTO DI SCIENZE MEDICHE
C.so A.M. Dogliotti, 14 – 10126 Torino

Corso di Laurea Magistrale in Biotecnologie Mediche

Presidente: Prof. Giuseppe Montrucchio

Referente: Daniela Di Paola, tel. 011/6705602 – fax 011/6705668 – daniela.dipaola@unito.it

Si dichiara che lo/la Studente /ssa _____

il giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____

ha frequentato la lezione / esercitazione / laboratorio di _____

per il Corso di Laurea Magistrale in Biotecnologie Mediche presso il Dipartimento di _____

Torino, _____

Il Docente del Corso / Modulo / Tirocinio
