

SEDE DI ROVIGO
Viale Porta Adige, 45
45100 – ROVIGO



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA

Con la presente si dichiara che il/la Sig./Sig.ra _____
iscritto/a al _____ anno del **Corso di Studio** in: _____
del **DIPARTIMENTO** di:

- ☐ **FISPPA - DIPARTIMENTO DI FILOSOFIA SOCIOLOGIA, PEDAGOGIA E PSICOLOGIA APPLICATA;**
- ☐ **SPGI - DIPARTIMENTO DI SCIENZE POLITICHE, GIURIDICHE E STUDI INTERNAZIONALI;**
- ☐ **DIMED - DIPARTIMENTO DI MEDICINA.**

DELL'UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA.

Il giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____

ha sostenuto **l'esame/lezione** di: _____

tenuto dal Prof./dalla Prof.ssa: _____

Si rilascia la presente in carta semplice per qualsiasi uso consentito dalla legge.

Firma del Docente

Rovigo, _____