



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI DI TRIESTE

Dipartimento di Scienze Chimiche e Farmaceutiche

Trieste, _____

A chi di competenza

Il/la sottoscritto/a _____

DICHIARA

che io/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

didatticadscf@units.it

www.units.it