



Università degli Studi “Gabriele d’Annunzio” - Chieti – Pescara

SCUOLA DI MEDICINA E SCIENZE DELLA SALUTE

Corso di Studio in Infermieristica

Presidente: Prof. Giancarlo Cicolini

Via dei Vestini 31, 66013 Chieti



- **ALLEGATO 4** -

SI ATTESTA

che lo/a studente/ssa _____, matricola _____,
iscritto al _____ anno del Corso di Laurea in Infermieristica, ha sostenuto in data
odierna, dalle ore _____ alle ore _____ l’esame

In fede.

Pescara, _____

Il Responsabile Didattico
