



**CORSO DI LAUREA IN
TECNICHE AUDIOMETRICHE**
Prof. Giancarlo Pecorari
Via Rosmini, 4/A – 10126 TORINO
Tel. 011.670.81.82 – Fax 011.670.81.80



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI TORINO
SCUOLA DI MEDICINA
Dipartimento di Scienze Chirurgiche

Torino _____

DICHIARAZIONE

Si dichiara che il Sig./la Sig.ra _____ in data _____

(dalle ____ alle ____) ha sostenuto l'esame " _____ "

del CdL in Tecniche Audiometriche.

In fede.
Il docente
