



UNIVERSITÀ DEL PIEMONTE ORIENTALE

DIPARTIMENTO MEDICINA TRASLAZIONALE

Via Solaroli, n. 17 – 28100 Novara

DICHIARAZIONE ESECUZIONE SERVIZI

IL / LA SOTTOSCRITTO/A _____

DICHIARA CHE SONO STATI REGOLARMENTE ESEGUITI I SERVIZI INDICATI NEL BUONO D'ORDINE

N° _____ DEL ____ / ____ / _____ CONSISTENTI IN

Novara, li _____

Firma
