



**UNIVERSITÀ
DI SIENA
1240**

UFFICIO STUDENTI E DIDATTICA DEL
CAMPUS DI AREZZO

Arezzo, _____

A richiesta dell'interessato/a, Sig./Sig.ra _____

nato/a a _____ il _____

matricola n. _____ codice fiscale _____

iscritto/a al Corso di studio in _____

si attesta che in data _____ ha sostenuto l'esame di:

Firma del/lla docente



**UNIVERSITÀ
DI SIENA
1240**

Ufficio Studenti e didattica del Campus di Arezzo
T. 39 0575/926263 -211-212-217-218-223-231-
262-423
didattica.campusarezzo@unisi.it

Viale cittadini, 33
52100 Arezzo | Italy
campusarezzo.unisi.it