



## Autodichiarazione 2° anno a.a. 2025/26

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ Matr. n° \_\_\_\_\_  
(Cognome – Nome)

Immatricolato/a nell'a.a. \_\_\_\_\_, ed iscritto/a al \_\_\_\_\_ del CdL,  
dichiaro sotto la mia responsabilità, di avere sostenuto i seguenti esami, previsti dal  
regolamento del Corso di Laurea:

*(Barrare con una X la casella che interessa)*

	SI	NO
▪ LABORATORIO/TIROCCINIO I ANNO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ INFERMIERISTICA GENERALE E TEORIE DEL NURSING	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ INFERMIERISTICA CLINICA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	_____	_____

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_