



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI DI TRIESTE

Dipartimento di Scienze Politiche e Sociali
Centro Servizi Didattici

Trieste, _____

DICHIARAZIONE

Su richiesta dell'interessato/a dichiaro che il/la Sig./Sig.ra

Tipo Documento _____ n. _____ rilasciato il _____

si è presentato/a in data odierna per sostenere il test di accesso al corso di
Laurea Triennale / Magistrale in

presente nell'offerta formativa dello scrivente Dipartimento per l'anno
accademico ____/____.



Il Presidente della Commissione

Università degli Studi di Trieste
Dipartimento di Scienze Politiche e Sociali
Centro Servizi Didattici
Piazzale Europa, 1
I-34127 Trieste

Tel +39 040 558 3060
Fax +39 040 558 3523
pres.scpolit@amm.units.it

www.sp.units.it