**Attestato di frequenza alle lezioni**

Si attesta che il/la Dott./.ssa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N° Matricola\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Iscritto/a al Corso di Laurea Magistrale in SCIENZE DELLE PROFESSIONI SANITARIE TECNICHE ASSISTENZIALI

Anno di corso\_\_\_\_\_\_\_°

ha frequentato le seguenti lezioni:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Data** | **Lezione di (Nome Modulo):** | **Dalle ore** | **Alle ore** | **Firma Docente** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

presso le strutture didattiche della Scuola di Medicina e Chirurgia, P.le L.A. Scuro, 10 - Borgo Roma, 37134 Verona.

Si rilascia su richiesta dell’interessato/a per gli usi consentiti per legge.