



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
FIRENZE

**Scuola di
Scienze della
Salute Umana**

Corso di Laurea/Laurea Magistrale in _____

Firenze, _____

Si attesta che il sig. _____,

iscritto al Corso di Laurea/Laurea Magistrale in _____

ha partecipato alla lezione dell'insegnamento _____

tenutasi presso _____ in data _____ dalle ore _____

alle ore _____.

IL DOCENTE

(Prof./Prof.ssa _____)



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
FIRENZE