



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
FIRENZE

Scuola di
Scienze della
Salute Umana

Si attesta che il sig./ sig.ra _____,
iscritto/a a: _____
ha partecipato e sostenuto l'esame di insegnamento _____
tenutosi presso _____
in data _____ dalle ore _____ alle ore _____

IL DOCENTE

(Prof./Prof.ssa _____)

Firenze, li

Si rilascia per gli usi consentiti dalla legge.