UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI FERRARA
ATTESTAZIONE DI PRESENZA

A richiesta dell'interessato/a,

[Cognome/Nome] _____ [Matricola] _____ iscritto/a per l'A.A. _____/_____ al Corso di Laurea Magistrale a ciclo unico in Medicina e Chirurgia,

si attesta la presenza alle lezioni nelle giornate e negli orari di seguito indicati:

Data (gg/mm/aaaa)	Orario	Lezione	Nome del Docente (in stampatello)	Firma del Docente
___/___/_____				
___/___/_____				
___/___/_____				
___/___/_____				
___/___/_____				
___/___/_____				
___/___/_____				
___/___/_____				
___/___/_____				
___/___/_____				
___/___/_____				
___/___/_____				