UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI FERRARA
ATTESTAZIONE DI PRESENZA

A richiesta dell'interessato/a,

[Cognome/Nome] _____ [Matricola] _____ iscritto/a per l'A.A. ____/_____ al [ ] 1° [ ] 2° anno del Corso di Laurea LM in [ ] Scienze infermieristiche ed ostetriche [ ] Scienze riabilitative delle professioni sanitarie [ ] Scienze delle professioni sanitarie tecniche diagnostiche 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
___/___/_____				
___/___/_____				
___/___/_____				
___/___/_____				
___/___/_____				
___/___/_____				
___/___/_____				
___/___/_____				
___/___/_____				
___/___/_____				
___/___/_____				
___/___/_____				