



Attestato di frequenza alle lezioni

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

Iscritto/a al Corso di Laurea Magistrale in _____

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.