UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI VERONA
PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO - AZIENDA PROVINCIALE PER I SERVIZI SANITARI
POLO UNIVERSITARIO DELLE PROFESSIONI SANITARIE

Foglio attestazione di frequenza

Lo studente_____

iscritto al corso_____

per l'anno _____ ha frequentato le seguenti lezioni.

giorno	orario	Docente (in stampatello)	Firma docente