





UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PALERMO

Scuola di Medicina e Chirurgia

CORSO DI LAUREA MAGISTRALE IN SCIENZE RIABILITATIVE DELLE PROFESSIONI SANITARIE

 90129 - Via G. La Loggia, 1

 0916555168 - Fax 6555165

 daniele.labarbera@unipa.it

Si attesta che il/la dott./dott.ssa _____
nato/a a _____ il _____,
regolarmente iscritto/a al Corso di Laurea Magistrale in Scienze Riabilitative delle Professioni
Sanitarie, era presente alla lezione di _____
tenutasi in data _____ dalle ore _____ alle ore _____.

Data e luogo

Il Docente
