



Scuola di Medicina

Corso di Laurea Magistrale in Scienze delle Professioni Sanitarie della Prevenzione

Si attesta che il/la sig./ra _____

iscritto/a al _____ anno del Corso di Studi in Scienze delle Professioni
Sanitarie della Prevenzione per l'anno accademico _____ / _____

matricola _____ in data odierna dalle ore ____:____ alle
ore ____:____ ha:

seguito la lezione

sostenuto esami

del modulo/Corso Integrato in _____

Palermo ____ / ____ / ____

Il Docente _____