

UNIVERSITA’ DEGLI STUDI DI GENOVA

SCUOLA DI SCIENZE MEDICHE E FARMACEUTICHE

**Corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche**

Si dichiara che \_\_\_\_ Dott.

nat\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ha partecipato dalle ore \_\_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_\_ del giorno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alle lezioni del Corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche \_\_\_\_\_\_ anno

Il Docente in Aula   
   
 Prof. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma