



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DEL MOLISE

DIPARTIMENTO DI MEDICINA E DI SCIENZE DELLA SALUTE

ATTESTATO di PRESENZA

Il/La sottoscritto/a _____ docente

dell'insegnamento di _____

previsto nell'ambito del Corso di Studio in Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi del Molise

ATTESTA

che lo/la studente/studentessa _____ matr. _____

ha frequentato in data odierna la lezione prevista nella fascia oraria _____.

Luogo e data

Il/La docente

Il presente certificato non può essere prodotto agli Organi della Pubblica Amministrazione o ai privati gestori di pubblici servizi in applicazione delle disposizioni contenute nell'art. 40 del DPR n. 445/2000.
Si rilascia il presente certificato in carta semplice, per gli usi consentiti dalla legge.

