



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
FIRENZE

Scuola di
Scienze della
Salute Umana

CORSO DI LAUREA IN

.....
ATTIVITÀ DIDATTICA ELETTIVA (D)

ANNO ACCADEMICO

TITOLO :

DOCENTE RESPONSABILE:

TIPOLOGIA DI ATTIVITÀ (*): LABORATORIO LEZIONI SEMINARIO
 STAGE TIROCINIO TIROCINIO PRATICO

*Si certifica che lo studente _____, iscritto al corso di Laurea sopraindicato, è risultato
idoneo al conseguimento di _____ CFU relativi alla summenzionata Attività Didattica
Elettiva*

*Il Responsabile del corso
Prof.*

Firenze,