



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI CAGLIARI
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA
CLASSE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE
CORSO DI LAUREA MAGISTRALE IN SCIENZE
INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE

Attestazione frequenza lezione

Il sottoscritto.....docente del corso
di.....

attesta la partecipazione alla propria lezione

del/la signor/a.....

matricola n°.....iscritto/a al anno del C.d.L.

Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche,

il giorno

dalle ore.....alle ore.....

presso l'aula.....

.....

Cagliari, li.....

Il docente

.....