



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
FIRENZE

**Scuola di
Scienze della
Salute Umana**

**Corso di Laurea in Tecniche di Radiologia Medica, per immagini e
radioterapia**

Si attesta che il sig./ sig.ra _____,
iscritto/a al Corso di Laurea in Tecniche di radiologia Medica, per immagini e radioterapia, ha partecipato
alle seguenti lezioni nella settimana dal _____ al _____

- Insegnamento " _____ "
modulo " _____ "
docente " _____ "
giorno " _____ "
orario " _____ "

Firma Prof./Dott. _____

- Insegnamento " _____ "
modulo " _____ "
docente " _____ "
giorno " _____ "
orario " _____ "

Firma Prof./Dott. _____

- Insegnamento " _____ "
modulo " _____ "
docente " _____ "
giorno " _____ "
orario " _____ "

Firma Prof./Dott. _____

Firenze, lì _____

Si rilascia per gli usi consentiti dalla legge.

**Segreteria didattica del Corso di
Laurea di Tecniche di Radiologia
Medica per immagini e radioterapia**
Nuovo Ingresso Careggi – Padiglione H3
Largo Brambilla 3 – 50134 Firenze
e-mail: radiologiamedica@sc-saluteumana.unifi.it