



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 e sostenuto l'esame di insegnamento _____
tenutosi presso _____
in data _____ dalle ore _____ alle ore _____

IL DOCENTE

(Prof./Prof.ssa _____)

Firenze, lì

Si rilascia per gli usi consentiti dalla legge.

**Segreteria didattica del Corso 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