



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
FIRENZE

Scuola di
Scienze della
Salute Umana

Corso di Laurea in Educazione Professionale (SNT/2)

ATTESTAZIONE DI FREQUENZA AI LABORATORI

NOME E COGNOME STUDENTE _____

NUMERO DI MATRICOLA _____

TITOLO DEL LABORATORIO	PERIODO DI SVOLGIMENTO (MESE E ANNO)	NUMERO DI CFU	FIRMA DOCENTE

N.B.: il presente modulo deve essere conservato con cura dallo studente, in quanto costituisce documento indispensabile per procedere alla verbalizzazione dei laboratori (che sarà unica per tutti i CFU di laboratorio previsti dall'ordinamento didattico)