

**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PERUGIA**  
*Corso di Laurea Magistrale*  
*in Scienze Riabilitative delle Professioni Sanitarie*

Si attesta che lo/la Studente/ssa \_\_\_\_\_ è stata presente il  
giorno \_\_\_\_\_ presso l'Università degli studi di Perugia per svolgere l'esame di Tirocinio.

Il Responsabile  
Attività Didattiche e Professionalizzanti  
Dott.ssa Daniela Gaburri