

Corso di Laurea Magistrale in Scienze Riabilitative delle Professioni Sanitarie
Dipartimento di Medicina e Chirurgia
Università degli Studi di Perugia

Anno Accademico 20__/20__

CONCESSIONE BENEFICI LAVORATORI STUDENTI

Frequenze

Data	Orario	Insegnamento	Firma Docente

Le lezioni si svolgono in modalità interattiva tipo *webinar*, ossia si svolgono in un determinato orario e consentono un'interazione con il docente, permettendo la possibilità di rivolgergli domande e ricevere risposte relative all'argomento trattato durante la lezione stessa.

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____, per i fini di

cui all' art.46 del D.P.R. 28/12/2000 nr. 445, e visto l'art.76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 il quale dispone che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi nei casi previsti dal predetto D.P.R. sono punite ai sensi del Codice Penale e delle leggi speciali in materia, dichiara di aver frequentato le lezioni sopra indicate.

Data ____/____/____

Il Dichiarante
