

**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**

<b>Data</b>	<b>Orario</b>	<b>Insegnamento</b>	<b>Firma Docente</b>

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

\_\_\_\_\_