Bologna, DATA

Il/La sottoscritto/a Prof./Prof.ssa NOME COGNOME attesta che NOME COGNOME STUDENTE/SSA ha partecipato in data odierna dalle ore XX alle ore XX alla lezione di TITOLO CORSO prevista nell’ambito del corso di laurea in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del Dipartimento di Scienze Politiche e Sociali dell’Università di Bologna.

Si rilascia la presente dichiarazione su richiesta dell’interessato.

In fede

Firma del titolare dell’insegnamento