



ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA
AREA DI CAMPUS DI FORLÌ

Forlì, _____

SI DICHIARA

Che lo/a studente/ssa _____

Matricola _____ Corso di studio _____

ha frequentato/sostenuto il giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____

la lezione/l'esame di _____.

IL DOCENTE

Prof./Prof.ssa

(Nome e cognome in stampatello)

Firma