ALMA MATER STUDIORUM – UNIVERSITÀ DI BOLOGNA
SCUOLA DI MEDICINA E CHIRURGIA

CERTIFICATO DI FREQUENZA – A.A. 2015/2016

CERTIFICATE OF COURSE ATTENDANCE – A.Y. 2015/2016

Si certifica che il/la Sig. _____ (n. matricola 19000_____)
It is hereby certified that Mr/Ms *(student number)*

ha frequentato il corso/corso elettivo_____
attended the course/elective course

nelle seguenti date:
in the following dates:

DATA *DATE*	**MONTE ORE** *N. OF HOURS*	**FIRMA del/della Docente** *SIGNATUREof the Professor*

Si certifica altresì che la durata del corso/corso elettivo in oggetto è di _____ ore.
It is also certified that the aforementioned course/elective course lasted *hours.*

Bologna, ___ / ___ / _____

Il/La Docente titolare del corso,

Prof. _____