

DICHIARAZIONE

Il/La sottoscritto/a, docente presso
l'Università di Pisa incaricato/a per l'insegnamento di
dichiara che in data odierna la sig.ra/il sig., nato/a il
..... a iscritto/a al corso di studio in
..... matricola ha partecipato alle lezioni del
corso di
dalle ore alle ore presso la sede del Dipartimento di Farmacia
in Via Bonanno, 6 a Pisa.

Data _____

In fede

.....