



**Università
degli Studi
di Ferrara**

**Facoltà di Medicina,
Farmacia
e Prevenzione**

Università degli Studi di Ferrara
Facoltà di Medicina, Farmacia e Prevenzione
c/o Complesso per la Didattica e la Ricerca – CUBO
via Fossato di Mortara, 70 – 44121 Ferrara

email: cds.facolta@unife.it
pec: ateneo@pec.unife.it
mfp.unife.it

Si dichiara che la studentessa/lo studente

iscritta/o al corso di laurea in

in data _____,

dalle ore _____ alle ore _____,

ha partecipato alla lezione o laboratorio
dell'insegnamento

a Ferrara, presso

In Fede

(docente referente)
