

## **DICHIARAZIONE**

Il sottoscritto Dr./Prof. \_\_\_\_\_

Docente Formale nell’Insegnamento \_\_\_\_\_

per il modulo \_\_\_\_\_

presso il Corso di Studi in Tecnica della Riabilitazione Psichiatrica – Scuola di Medicina - Polo San Luigi Gonzaga,

dichiara che il Dr./Dr.ssa \_\_\_\_\_

ha svolto l’attività di complemento alla didattica nel suddetto modulo al \_\_\_\_\_ anno di corso,

semestre \_\_\_\_\_ per complessive \_\_\_\_\_ ore.

**Data** \_\_\_\_\_

**In Fede**

\_\_\_\_\_  
(firma del Docente Formale)