**Modulo di Frequenza in laboratorio di ricerca**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità di Responsabile scientifico del Laboratorio di ricerca \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso il Dipartimento di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in relazione al progetto di tirocinio libero presentato dallo/a studente/essa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ matricola\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ iscritto/a al Corso di Laurea Magistrale a ciclo unico in Medicina e Chirurgia dell’Università degli studi di Padova,

DICHIARA

che il/la suddetto/a studente/essa ha frequentato il suddetto laboratorio dal giorno \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ al giorno \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ per un totale di \_\_\_\_\_\_\_\_ ore.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Timbro e firma del Responsabile scientifico

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_