

Modulo di frequenza Attività di volontariato in ambito medico sanitario

Il/la sottoscritto/a _____ in qualità di Responsabile
dell'Ente/Associazione _____,

DICHIARA

che lo/la studente/essa _____
matricola _____, iscritto/a al Corso di Laurea Magistrale a ciclo unico in
Medicina e Chirurgia dell'Università di Padova, ha svolto dal giorno ____/____/____ al
giorno ____/____/____ le seguenti attività in ambito medico sanitario:

per un totale complessivo di mesi _____

Data _____

Timbro e firma del Responsabile Ente/Associazione
