

## Autocertificazione frequenza - Attività volontaria in ambito medico-sanitario

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ matricola \_\_\_\_\_  
iscritto/a al Corso di Laurea Magistrale a ciclo unico in Medicina e Chirurgia dell'Università  
di Padova ME \_\_\_\_\_

### DICHIARA

di avere svolto attività di volontariato presso l'Ente \_\_\_\_\_  
dal giorno \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ al giorno \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

per un totale complessivo di mesi \_\_\_\_\_

oppure

dal giorno \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ al giorno \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

per un totale complessivo di ore \_\_\_\_\_

Allega alla presente autocertificazione una attestazione dell'Ente con il dettaglio dell'attività svolta.

Data \_\_\_\_\_

Firma del laureando

\_\_\_\_\_