



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI CATANIA
Dipartimento di Scienze Biomediche e Biotecnologiche
Corso di Laurea in Terapia Occupazionale
Presidente: Prof. Giuseppe Lanza

Alla c.a. della Presidenza del CdL
SEDE

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
iscritto al _____ anno del CdL in Terapia Occupazionale, matricola N. _____

DICHIARA

sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali e civili, nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR n. 445 del 28/12/2000, che ha partecipato alle sottoelencate Attività Didattiche Elettive (ADE):

1. Titolo _____ data/e _____
SSD _____ Docente _____ n. ore/CFU _____

2. Titolo _____ data/e _____
SSD _____ Docente _____ n. ore/CFU _____

3. Titolo _____ data/e _____
SSD _____ Docente _____ n. ore/CFU _____

4. Titolo _____ data/e _____
SSD _____ Docente _____ n. ore/CFU _____

5. Titolo _____ data/e _____
SSD _____ Docente _____ n. ore/CFU _____

6. Titolo _____ data/e _____
SSD _____ Docente _____ n. ore/CFU _____

Luogo e data _____

Firma dello studente _____