## CARTA INTESTATA del RELATORE

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ attesta che lo studente

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Matr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, iscritto al \_\_\_\_\_ anno del CdL in Terapia Occupazionale ha frequentato il reparto di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per lo svolgimento dell’internato di Laurea per il periodo previsto dal piano di studio (6 CFU).

In fede,

Nome e Cognome del Relatore

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Firma del Relatore*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Da inviare a presidenza.terapiaoccupazionale@gmail.com prima della laurea.