



**SAPIENZA**  
UNIVERSITÀ DI ROMA

**CORSO DI LAUREA MAGISTRALE DELLE PROFESSIONI SANITARIE**

**TECNICHE DIAGNOSTICHE**

**FACOLTÀ DI MEDICINA E ODONTOIATRIA**  
**SEDE POLICLINICO UMBERTO I – ROMA**

Roma / / 201

**Si attesta che il /la Sig.....**

**Iscritto/a al I/II anno del Corso di Laurea Magistrale TECNICHE  
DIAGNOSTICHE ha seguito in data odierna le lezioni dell'insegnamento di**

.....

**Il docente**

**Prof.**