

Allo spettabile ASL CE-U.O.C. FORMAZIONE
Polo Didattico di Aversa
Corso di Laurea in Infermieristica sede accreditata SUN
via Santa Lucia 81031 Aversa
Direttore del Corso: dott. Gianluca Marino

 1 sottoscritta/o.....

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000 e della conseguente decadenza dei benefici di cui all'art. 75 D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA' CHE QUANTO SEGUE CORRISPONDE ALLA VERITA'

MESE DI:				ANNO:		CORSO:	
Mattino				Pomeriggio			
	ORA Entr.		ORA Usc.		ORA Entr.		ORA Usc.
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							
31							

Firma Studente

Firma e timbro personale o di U.O.
Tutor clinico