

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PERUGIA
Dipartimento di Medicina Sperimentale



CORSO DI LAUREA
IN SCIENZE MOTORIE E SPORTIVE

ATTIVITA' A LIBERA SCELTA DELLO STUDENTE

Matr. _____

Cognome _____

Nome _____

Iscritto all'anno di corso 1 - 2 - 3 - FC A. A. _____

E-mail _____ **Cell.** _____

Anno svolgimento ADO 1 - 2 - 3 _____

Timbro e Firma della Segreteria Didattica per la convalida

Data	Ore svolte	Struttura	Descrizione attività a libera scelta	Timbro della struttura e firma del responsabile attestante lo svolgimento dell'attività

Firma dello studente

Data	Ore svolte	Struttura	Descrizione attività a libera scelta	Timbro della struttura e firma del responsabile attestante lo svolgimento dell'attività

Note : _____

Allegati:

-
-
-
-
-

Firma dello studente _____

