



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI CAGLIARI
FACOLTA' DI SCIENZE MM. FF. NN.

CORSO DI LAUREA IN SCIENZE NATURALI

Si certifica che il Sig. _____

in data odierna dalle ore _____ alle ore _____ ha frequentato la lezione di

Si rilascia la presente dichiarazione a richiesta dell'interessato/a.

Cagliari,

IL DOCENTE

Si certifica che il Sig. _____ in data odierna
dalle ore _____ alle ore _____ ha frequentato la lezione di

Cagliari,

IL DOCENTE