



**Autocertificazione Frequenza**  
(art. 46 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 )  
**Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche**  
**Specialistiche a.a.2026/2027**

Il/la Sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_

Data di nascita: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

(Comune, Provincia o Stato estero) \_\_\_\_\_

Residente a: \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_

iscritto/a al percorso \_\_\_\_\_

matricola numero \_\_\_\_\_

***Sotto la propria responsabilità e consapevole di quanto disposto dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e delle conseguenze di natura penale in caso di dichiarazioni mendaci***

**DICHIARA**

di aver frequentato le lezioni indicate nel seguente prospetto

| Lezione | Data | dalle ore | alle ore |
|---------|------|-----------|----------|
|         |      |           |          |
|         |      |           |          |
|         |      |           |          |
|         |      |           |          |
|         |      |           |          |
|         |      |           |          |
|         |      |           |          |
|         |      |           |          |

Data

Firma