



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
FIRENZE

**Scuola di
Scienze della
Salute Umana**



ATTIVITA' FORMATIVE PROFESSIONALIZZANTI GERIATRIA (VI anno) A.A. 2025-2026

Cognome e nome studente _____

Numero di matricola _____

Attività	Data	Tutor	Firma
Centro diurno			
Riabilitazione neurologica			
RSA			

N.B. E' richiesta la frequenza ad almeno due delle tre attività previste, secondo il calendario stabilito.

Questo modulo deve essere riconsegnato compilato e firmato in Segreteria insieme alle attestazioni delle ADE.

Coordinamento attività: Prof. Enrico Mossello – enrico.mossello@unifi.it