



L'alumne/a \_\_\_\_\_ amb DNI núm. \_\_\_\_\_ ,  
matriculat/da al \_\_\_\_\_ curs de Grau / Màster / Expert/a / Diploma d'Especialització  
en \_\_\_\_\_  
a la Facultat de Ciències de la Salut Blanquerna de la Universitat Ramon Llull,  
ha assistit o ha d'assistir a la classe / examen / activitat avaluativa /  
PRESENCIAL següent:

DIA / DIES:

HORARI:

ASSIGNATURA:

Signatura Professor / Professora

Nom i Cognoms Professor / Professora que signa

Barcelona, \_\_\_\_\_ de / d' \_\_\_\_\_ de 20