SCUOLA DI FORMAZIONE

IN OPERATORI OLISTICI

IL GIARDINO OLISTICO

Codice Accreditamento UNI-PRO

N. 00000000

Direttore Prof. Nome Cognome

TESI DI ATTESTAZIONE PROFESSIONALE ANNUALE/BIENNALE/TRIENNALE/PERFEZIONAMENTO

**IN OPERATORE OLISTICO PROFESSIONALE**

TITOLO DELLA TESI IN MAIUSCOLO E

GRASSETTO A CARATTERE 22

**Relatore:** Prof. Nome Cognome

**Correlatore/i:** Prof. Nome Cognome

Prof. Nome Cognome

**Specializzando:** Nome Cognome

ANNO ACCADEMICO 20.. / 20..