

# 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..