

Alla Segreteria Didattica
Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia a Ciclo Unico

Io sottoscritto/a, matricola n°,
nato/a a il, iscritto/a al anno nell'anno accademico
20___ /20___ del Corso di Laurea Magistrale a Ciclo Unico della Facoltà di Medicina e Chirurgia, chiedo
il riconoscimento dei crediti dell'esame "DISCIPLINE A SCELTA DELLO STUDENTE":

INDICARE SOLO IL NUMERO DELL'OFFERTA FORMATIVA:

OFFERTA N° [_____]	OFFERTA N° [_____]	OFFERTA N° [_____]
OFFERTA N° [_____]	OFFERTA N° [_____]	OFFERTA N° [_____]
OFFERTA N° [_____]	OFFERTA N° [_____]	OFFERTA N° [_____]
OFFERTA N° [_____]	OFFERTA N° [_____]	OFFERTA N° [_____]
OFFERTA N° [_____]	OFFERTA N° [_____]	OFFERTA N° [_____]
OFFERTA N° [_____]	OFFERTA N° [_____]	OFFERTA N° [_____]
OFFERTA N° [_____]	OFFERTA N° [_____]	OFFERTA N° [_____]
OFFERTA N° [_____]	OFFERTA N° [_____]	OFFERTA N° [_____]
OFFERTA N° [_____]	OFFERTA N° [_____]	OFFERTA N° [_____]
OFFERTA N° [_____]	OFFERTA N° [_____]	OFFERTA N° [_____]
OFFERTA N° [_____]	OFFERTA N° [_____]	OFFERTA N° [_____]
OFFERTA N° [_____]	OFFERTA N° [_____]	OFFERTA N° [_____]
OFFERTA N° [_____]	OFFERTA N° [_____]	OFFERTA N° [_____]

Recapito telefonico

Indirizzo Mail

Roma il

In fede
