

Alla Segreteria Didattica

Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia a Ciclo Unico

Il 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, CHIEDE il riconoscimento dei
crediti delle Attività a scelta dello studente (offerta di Attività Didattica Assistita, offerta ADE delle Schede
Insegnamento dei Corsi Integrati):

ATTIVITA' DIDATTICA ASSISTITA: (discipline a Scelta dello Studente):

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° [.....]

ATTIVITA' DIDATTICA ELETTIVA: (discipline a Scelta dello Studente):

CORSO INTEGRATO [.....]	TITOLO:[.....]
CORSO INTEGRATO [.....]	TITOLO:[.....]
CORSO INTEGRATO [.....]	TITOLO:[.....]
CORSO INTEGRATO [.....]	TITOLO:[.....]
CORSO INTEGRATO [.....]	TITOLO:[.....]
CORSO INTEGRATO [.....]	TITOLO:[.....]
CORSO INTEGRATO [.....]	TITOLO:[.....]

Recapito telefonico

Indirizzo Mail

Roma

In fede
