

**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 rilascio della certificazione
dei crediti acquisiti per la **borsa di studio:**

Medicina Pratica

Discipline a Scelta dello Studente:

.....
.....

Recapito telefonico

Indirizzo Mail

Roma il

In fede
