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

Io sottoscritto/a ……..……., matricola …….……. iscritto/al 1[] 2 [] 3 [] 4 [] 5 [] 6 [] anno, del Corso di Laurea Magistrale a Ciclo Unico in Medicina e Chirurgia, chiedo le frequenze dei seguenti Corsi Integrati:

***(GLI ESAMI GIA' VERBALIZZATI O IN VIA DI VERBALIZZAZIONE NON DEVONO ESSERE INSERITI)**

CORSO INTEGRATO	ANNO ACCADEMICO SEGUITO

SI RICHIEDE PER LA SEGUENTE MOTIVAZIONE:

…….…….

e-mail _____

Data _____ Firma

_____

Telefono 3906 72596961 (Sig. Matteo Valente)
Telefono 3906 72596923 (Sig.ra Fabrizia De Dominicis)
email: laurea.med-chir@uniroma2.it