

**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'Attività Didattica Assistita:

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° [.....]

Recapito telefonico

Indirizzo Mail

Roma il

In fede
