

DIPARTIMENTO DI MEDICINA E CHIRURGIA

CORSO DI LAUREA MAGISTRALE A CICLO UNICO IN MEDICINA E CHIRURGIA

Il/La Sottoscritto/a _____, codice fiscale _____,
matricola _____

CHIEDE

Il riconoscimento dei seguenti insegnamenti sostenuti presso il corso di
laurea _____ dell'Università _____

INSEGNAMENTO	SSD	DATA	VOTO	CFU

Si consiglia di allegare certificati di esami sostenuti e relative schede insegnamento

HA PRODOTTO LA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____

Data e Firma dello Studente