UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO

SCUOLA DI MEDICINA

DIREZIONE DIDATTICA E SERVIZI AGLI STUDENTI
Segreteria Studenti del Polo delle Scienze Mediche
C.so M. D'Azeglio, 60 TORINO

Il sottoscritto _____ matricola _____

Dichiara di dover sostenere i seguenti esami:

denominazione esame	Data prevista di sostenimento

Tirocini ancora da sostenere:

cod. tirocinio	Denominazione tirocinio	Data prevista di registrazione	nominativo docente

Esami sostenuti di cui non risulta ancora la registrazione in carriera:

codice esame	Denominazione esame	voto	data	Nominativo docente

Tirocini sostenuti di cui non risulta ancora la registrazione in carriera:

cod. tirocinio	Denominazione tirocinio	Data	nominativo docente

Torino, _____ Firma _____