

Dipartimento MATERNO INFANTILE E SCIENZE UROLOGICHE

Al Prof. ALBERTO SPALICE

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____ appartenente al CLM “ _____ ”

iscritto/a all’A.A. _____ / _____ anno di corso: _____ matr.n. _____

cell.: _____ e-mail: _____

CHIEDE

DI POTER FREQUENTARE AI FINI DELLE A.D.E. (Attività didattiche elettive) L’INTERNATO ELETTIVO

- GINECOLOGIA**
- PEDIATRIA**
- UROLOGIA**

Roma, _____

Firma Studente _____

Per accettazione

Prof. _____
(Firma e Timbro)

N.B.

INVIARE IL SEGUENTE MODULO COMPILATO IN OGNI SUA PARTE A: didattica.misu@uniroma1.it

