



Dipartimento di Scienze Radiologiche, Oncologiche
e Anatomico Patologiche

Al Prof. _____

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

Roma, _____

Firma Studente _____

Per accettazione

Prof. _____
(Firma e Timbro)



FOGLIO FREQUENZA

DATA	FIRMA STUDENTE	
Titolo internato elettivo		FIRMA DOCENTE attestante le 25 ore di frequenza
		1 CFU (25 ORE)