

Dipartimento MATERNO INFANTILE E SCIENZE UROLOGICHE

Al Prof. FABIO MIDULLA

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](mailto:didattica.misu@uniroma1.it)**

