UNIVERSITÀ DI TORINO

DIREZIONE DIDATTICA E SERVIZI AGLI STUDENTI
Segreteria Studenti del Polo di Medicina
Odontoiatria e Protesi Dentaria

Il sottoscritto _____ matricola _____

Dichiara di dover sostenere i seguenti esami:

denominazione esame	Data prevista di sostenimento

ADE ancora da sostenere:

cod. ADE	Denominazione ADE	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

ADE sostenute di cui non risulta ancora la registrazione in carriera:

cod. ADE	Denominazione ADE	Data	nominativo docente

Torino, _____ Firma _____