



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO  
SCUOLA DI MEDICINA

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

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 \_\_\_\_\_