

**Alla Segreteria Didattica  
del Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia a Ciclo Unico**

Io sottoscritto/a ....., matricola .....  
iscritto/al 1 [] 2 [] 3 [] 4 [] 5 [] 6 [] anno, del Corso di Laurea Magistrale a Ciclo Unico in Medicina e  
Chirurgia, chiedo le frequenze dei seguenti Corsi Integrati:

**\*(GLI ESAMI GIA' VERBALIZZATI O IN VIA DI VERBALIZZAZIONE NON DEVONO  
ESSERE INSERITI)**

CORSO INTEGRATO	ANNO ACCADEMICO SEGUITO

**SI RICHIEDE PER LA SEGUENTE MOTIVAZIONE:**

.....

e-mail \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_