



Autodichiarazione propedeuticità 3° anno a.a. 2023/24

Io sottoscritto/a _____ Matr. n° _____
(Cognome – Nome)

Immatricolato/a nell'a.a. _____, ed iscritto/a al _____ del CdL,

dichiaro sotto la mia responsabilità, di avere sostenuto i seguenti esami, previsti dal regolamento del Corso di Laurea:

(Barrare con una X la casella che interessa)

	SI	NO
▪ ANATOMIA UMANA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ FISIOLOGIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ PATOLOGIA E MICROBIOLOGIA CLINICA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ MEDICINA INTERNA, MALATTIE INFETTIVE, FARMACOLOGIA e RADIOPROTEZIONE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ CHIRURGIA GENERALE E SPECIALISTICA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ MEDICINA INTERNA SPECIALISTICA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ INFERMIERISTICA GENERALE E TEORIE DEL NURSING	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ INFERMIERISTICA CLINICA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ INFERMIERISTICA APPLICATA ALLA MEDICINA INTERNA GENERALE, GERIATRICA E CHIRURGICA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Data ____ / ____ / ____

Firma _____