



## Autodichiarazione propedeuticità 3° anno a.a. 2024/25

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"/>
▪ <b>FISIOLOGIA</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ <b>PATOLOGIA E MICROBIOLOGIA CLINICA</b>	<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"/>
▪ <b>INFERMIERISTICA APPLICATA ALLA MEDICINA INTERNA GENERALE, GERIATRICA E CHIRURGICA</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_