



Autodichiarazione propedeuticità 3° anno a.a. 2025/26

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 _____