



Al Coordinatore del CdLM

Scienze delle Professioni Sanitarie
Tecniche Diagnostiche

Presentazione programma Attività Didattica Elettiva

Il/La sottoscritto/a

Cognome _____	Nome _____
Nato/a _____	il _____
Residente a _____	in via _____
Tel. _____	E-mail _____
Matricola N. _____	Iscritto/a per l'A.A. _____ / _____
al _____ anno del CdLM in Scienze delle Professioni Sanitarie Tecniche Diagnostiche di questo Ateneo	

presenta il seguente programma per lo svolgimento dell'Attività Didattica Elettiva (totale 6 CFU):

Corso di Laurea UniMe _____
Disciplina/Insegnamento/Modulo _____
SSD _____ CFU _____ Semestre _____

Convegno/Seminario _____
Titolo _____
Data _____ Luogo _____ CFU (se assegnati) _____

Si allega copia del documento di identità.

Messina, _____

FIRMA _____

N.B. La presente istanza deve essere inviata a protocollo@unime.it.