

# **Scuola di Medicina e Chirurgia**

## **C.d S in Logopedia**

Al Coordinatore del C d S

Prof.ssa Daniela Carlisi

Oggetto: Richiesta caricamento Altre Attività Formative

 Il/la sottoscritto/a………………………, nato a ………………il …………………, laureando al Corso di Laurea in Logopedia, matricola n° ………………, richiede il caricamento delle seguenti attività formative:

1.

2.

3.

4.

5.

6.

 FIRMA

 …...................................................

N.B.

.Titolo della tesi:…………………………………….

 Relatore: ……………………………………………

Co relatore:……………………………………..

Riferimento telefonico:………………………………

 Mail:…………………………………..

Si allegano fotocopie degli attestati posseduti.