Al Prof. G. Gallina
Coordinatore del Corso di Laurea
Magistrale in Medicina e Chirurgia
Alla Commissione ERASMUS del
Corso di Laurea Magistrale
in Medicina e Chirurgia

NOME e COGNOME

ANNO DI IMMATRICOLAZIONE:

IN GRADUATORIA ERASMUS:

SI

NO

SEDE RICHIESTA (UNIVERSITA' OSPITANTE):

PERIODO PROGETTO

SEMESTRALE

ANNUALE

IL sottoscritto attesta di aver ottemperato al superamento degli esami del primo triennio (anno I/II/III) e che il numero di CFU valutabili (escluse ADO ed esami sostenuti dopo la chiusura della sessione/esami di GIUGNO) è di N.

Allega copia della carriera

Data

Firma