



Corso di Laurea/Laurea Magistrale

LIBRETTO REGISTRAZIONE

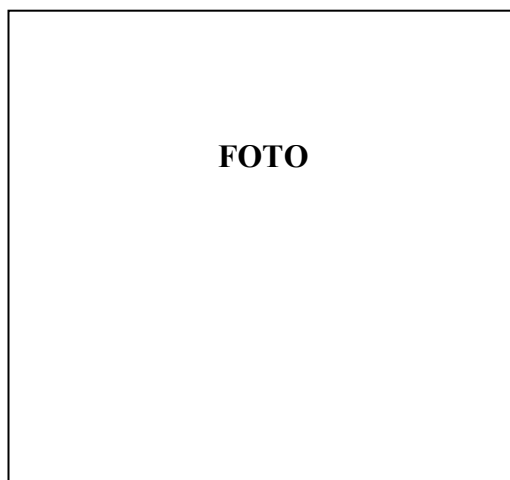
VERIFICHE PARZIALI

AFO (ATTIVITA' FORMATIVE OPZIONALI)

ADO (ATTIVITA' DIDATTICA OPZIONALI)

ALTRE ATTIVITA'

Studente/tessa _____



Nato/a il _____ a _____

matricola n° _____



ATTENZIONE

**è obbligatorio riportare nome, cognome e numero di matricola
in ogni pagina, nell'apposito spazio.**



REGISTRAZIONE VERIFICHE PARZIALI

DATA	MODULO/ATTIVITA'	NOME DOCENTE	FIRMA DOCENTE	VOTO



REGISTRAZIONE VERIFICHE PARZIALI

DATA	MODULO/ATTIVITA'	NOME DOCENTE	FIRMA DOCENTE	VOTO





REGISTRAZIONE VERIFICHE PARZIALI

DATA	MODULO/ATTIVITA'	NOME DOCENTE	FIRMA DOCENTE	VOTO

UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DELL'AQUILA



DISCAB
Dipartimento di Scienze
Cliniche Applicate
e Biotecnologiche

