UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DELL'AQUILA

DISCAB
Dipartimento di Scienze Cliniche Applicate e Biotecnologiche

Corso di Laurea/Laurea Magistrale

LIBRETTO REGISTRAZIONE

VERIFICHE PARZIALI

AFO (ATTIVITA' FORMATIVE OPZIONALI)

ADO (ATTIVITA'DIDATTICA OPZIONALI)

ALTRE ATTIVITA'

Studente/tessa _____

FOTO

Nato/a il _____ a _____

matricola n° _____

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DELL'AQUILA

DISCAB
Dipartimento di Scienze Cliniche Applicate e Biotecnologiche

ATTENZIONE

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

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DELL'AQUILA

DISCAB
Dipartimento di Scienze Cliniche Applicate e Biotecnologiche

REGISTRAZIONE VERIFICHE PARZIALI

DATA	MODULO/ATTIVITA'	NOME DOCENTE	FIRMA DOCENTE	VOTO

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DELL'AQUILA

DISCAB
Dipartimento di Scienze Cliniche Applicate e Biotecnologiche

REGISTRAZIONE VERIFICHE PARZIALI

DATA	MODULO/ATTIVITA'	NOME DOCENTE	FIRMA DOCENTE	VOTO

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DELL'AQUILA

DISCAB
Dipartimento di Scienze Cliniche Applicate e Biotecnologiche

REGISTRAZIONE VERIFICHE PARZIALI

DATA	MODULO/ATTIVITA'	NOME DOCENTE	FIRMA DOCENTE	VOTO

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DELL'AQUILA

DISCAB
Dipartimento di Scienze Cliniche Applicate e Biotecnologiche

REGISTRAZIONE VERIFICHE PARZIALI

DATA	MODULO/ATTIVITA'	NOME DOCENTE	FIRMA DOCENTE	VOTO

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DELL'AQUILA

DISCAB
Dipartimento di Scienze Cliniche Applicate e Biotecnologiche

REGISTRAZIONE VERIFICHE PARZIALI

DATA	MODULO/ATTIVITA'	NOME DOCENTE	FIRMA DOCENTE	VOTO

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DELL'AQUILA

DISCAB
Dipartimento di Scienze Cliniche Applicate e Biotecnologiche

REGISTRAZIONE VERIFICHE PARZIALI

DATA	MODULO/ATTIVITA'	NOME DOCENTE	FIRMA DOCENTE	VOTO

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DELL'AQUILA

DISCAB
Dipartimento di Scienze Cliniche Applicate e Biotecnologiche

REGISTRAZIONE ATTIVITA' FORMATIVE OPZIONALI

DATA	EVENTO	NOME DOCENTE	FIRMA DOCENTE	CFU

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DELL'AQUILA

DISCAB
Dipartimento di Scienze Cliniche Applicate e Biotecnologiche

REGISTRAZIONE ATTIVITA' FORMATIVE OPZIONALI

DATA	EVENTO	NOME DOCENTE	FIRMA DOCENTE	CFU

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DELL'AQUILA

DISCAB
Dipartimento di Scienze Cliniche Applicate e Biotecnologiche

REGISTRAZIONE ALTRE ATTIVITA'

DATA	ATTIVITA'	NOME DOCENTE	FIRMA DOCENTE	CFU

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DELL'AQUILA

DISCAB
Dipartimento di Scienze Cliniche Applicate e Biotecnologiche

REGISTRAZIONE ALTRE ATTIVITA'

DATA	ATTIVITA'	NOME DOCENTE	FIRMA DOCENTE	CFU