Alla Segreteria Didattica
del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia

Il/la sottoscritto/a …….…….. matr. ……..……..
nato/a a ……..……..…… prov. …… il …….....……
residente a …….…… prov. …… in via ……
n. ……..… tel. ……..…… cell. ……
e-mail ……..……, iscritto/a presso l'Università degli Studi di Messina nell'a. a. 20……../20…..… al …… anno di corso del corso di laurea magistrale in Medicina e Chirurgia, ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000 e consapevole delle sanzioni richiamate dall'art. 76 del DPR 445/2000 per chi rilascia dichiarazioni false e mendaci

D I C H I A R A

Di aver partecipato durante il corso degli studi alle seguenti attività didattiche elettive pari ad almeno **(*barrare la voce che interessa*)**:

☐ **8 CFU** ☐ **15 CFU**

Giorno	***Ore***	***Disciplina***	***Argomento***	***Docente***	***Crediti***

Messina, ……..

……
Firma

N.B.: allegare alla presente dichiarazione una fotocopia fronte/retro di un documento di identità in corso di validità, copia del libretto delle frequenze ed eventuali attestati. Nel caso la dichiarazione si componga di più pagine, ciascuna di esse dovrà essere firmata per esteso.