FACOLTÀ DI FARMACIA
E MEDICINA

SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA

Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia «A»
Presidente: Prof. Sebastiano Filetti

ATTIVITÀ DIDATTICA ELETTIVA (ADE)
FOGLIO CERTIFICATIVO

ANNO DI CORSO_____ **SEMESTRE**_____ **A.A.**_____

NOME E COGNOME DELLO STUDENTE_____

MATRICOLA_____

Data	Corso Integrato	Tipo di ADE: Seminario / Corso Mon. / Internato Elettivo / Att. Tutoriale / Altro	Titolo / Tema dell'ADE	CFU	Firma e Timbro del Docente

TIMBRO E FIRMA DEL COORDINATORE DI SEMESTRE _____