



Scuola di Medicina

CORSO DI LAUREA MAGISTRALE IN "ODONTOIATRIA E PROTESI DENTARIA"

A.A. ____/____

Foglio delle Frequenze **Sesto Anno – Il Semestre**

Studente _____ Matr. _____

DISCIPLINA	CFU	FIRMA
TERAPIA ODONTOSTOMATOLOGICA INTEGRATA	14	
Clinica Odontostomatologica (Tir)	8	
Clinica Odontostomatologica (Lez)	4	
Odontoiatria Preventiva e di Comunità (Tir)	2	

Firma dello Studente



Scuola di Medicina

CORSO DI LAUREA MAGISTRALE IN "ODONTOIATRIA E PROTESI DENTARIA"

A.A. ____/____

Foglio delle Frequenze **Sesto Anno – Il Semestre**

Studente _____ Matr. _____

DISCIPLINA	CFU	FIRMA
TERAPIA ODONTOSTOMATOLOGICA INTEGRATA	14	
Clinica Odontostomatologica (Tir)	8	
Clinica Odontostomatologica (Lez)	4	
Odontoiatria Preventiva e di Comunità (Tir)	2	

per ricevuta
Il Responsabile dell'Area
(Sig. Francesco Lardo)
