



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DELL'AQUILA

ESAMI DI STATO ODONTOIATRIA

AL PRESIDENTE DELLA COMMISSIONE ESAMI DI STATO
PER L'ABILITAZIONE ALL'ESERCIZIO DELLA PROFESSIONE DI
ODONTOIATRA

MATRICOLA _____

__L__ SOTTOSCRITT _____

NAT__ A _____ IL _____

RESIDENTE IN _____ VIA _____

CELLULARE _____ E MAIL _____

LAUREATO/LAUREANDO IN ODONTOIATRIA E P.D. PRESSO L'UNIVERSITA' DI :

CON LA VOTAZIONE DI _____

CHIEDE

DI ESSERE AMMESS__ A SOSTENERE GLI ESAMI PER L'ABILITAZIONE ALL'ESERCIZIO DELLA
PROFESSIONE DI **ODONTOIATRA** NELLA SESSIONE **PRIMA/SECONDA** DELL'ANNO

DICHIARA:

1) DI AVER/NON AVER SOSTENUTO ESAMI DI STATO NELLA ____ SESSIONE DELL'ANNO _____

2) DI VOLER SOSTENERE QUALE PROVA AFFINE ALLA CLINICA **ODONTOSTOMATOLOGICA**

SCEGLIERE FRA: 1) PATOLOGIA SPEC.LE MEDICA E MET. CLINICA 2) PATOLOGIA SPEC.LE
CHIRURGICA E PROP. CLINICA 3) RADIOLOGIA GEN.LE E SPECIALE ODONTOSTOMATOLOGICA 4)
IGIENE E ODONTOIATRIA PREV. SOC. CON EPIDEMIOLOGIA)

3) DI VOLER SOSTENERE QUALE PROVA AFFINE ALLA **CHIRURGIA ODONTOSTOMATOLOGIA**

SCEGLIERE FRA: 1) ODONTOIATRIA CONSERVATRICE 2) PARODONTOLOGIA 3) PROTESI
DENTARIA 4) ORTOGNATODONZIA E GNATOLOGIA)



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DELL'AQUILA

CHIEDE CHE OGNI EVENTUALE COMUNICAZIONE VENGA INVIATA AL SEGUENTE INDIRIZZO:

VIA _____ CAP _____

CITTA' _____ CELLULARE _____

ALLEGA:

1) _____

2) _____

3) _____

L'AQUILA

FIRMA

In caso di superamento dell'esame, il sottoscritto

AUTORIZZA **NON AUTORIZZA la pubblicazione del voto conseguito**

L'AQUILA _____

(firma)