



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DELL'AQUILA

Amministrazione centrale
Area Uffici Didattica
Segreteria Studenti Area Medica

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 il _____ . PRESSO L'UNIVERSITA' DI : _____

CON LA VOTAZIONE DI _____

Oppure

LAUREANDO IN ODONTOIATRIA E P.D. PRESSO L'UNIVERSITA' 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

Amministrazione centrale
Area Uffici Didattica
Segreteria Studenti Area Medica

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)