



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 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)