UNIVERSITÀ' DEGLI STUDI DI TORINO
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA
CORSO DI LAUREA IN TECNICHE DI LABORATORIO BIOMEDICO

MODULO ATTIVITA' DI LABORATORI

Il/La Sottoscritto/a…….Matricola……..……...…

richiede di frequentare il laboratorio di:

☐ Informatica (1° anno)

☐ Farmacia / Citostatici (2° anno)

☐ Riproduzione Assistita (3° anno)

presso la sede di …….

Firma Studente

……...……

Il/La Sottoscritto/a Prof/Dott …….. dichiara che lo studente :

☐ Ha partecipato alle lezioni (frequenza obbligatoria 70 %)

☐ Ha ottenuto l'idoneità

Osservazioni:
……
…….……...

Firma del Docente

……...