U F F I C I O E S A M I D I S T A T O E S C U O L E D I S P E C I A L I Z Z A Z I O N E

RICEVUTA DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ESAME DI STATO ABILITAZIONE MEDICO CHIRURGO
_____° SESSIONE 20____

__l __ dott.__

COGNOME

NOME

NATO IL | COMUNE | PROV.

HA PRESENTATO, IN DATA ODIERNA, LA DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA PROVA PER IL CONSEGUIMENTO DELL'ABILITAZIONE ALL'ESERCIZIO DELLA PROFESSIONE DI MEDICO CHIRURGO
____° SESSIONE ANNO 20____

T I M B R O
D I A C C E T T A Z I O N E
D E L L ' U F F I C I O

La presente ricevuta va compilata, in ogni sua parte, a cura del candidato.