

**RICHIESTA DI ACCESSO ALLA PIATTAFORMA E-LEARNING PER SEGUIRE LE LEZIONI DEL I ANNO, I SEMESTRE DEL CdL IN MEDICINA E CHIRURGIA**

**(riservato a chi ha fatto domanda di Art. 6)**

Cognome ..... Nome .....

Indirizzo di posta elettronica istituzionale .....

Matricola .....

Corso di Studio di appartenenza.....

Insegnamento per il quale si richiede l'accesso alle videoregistrazioni:

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| 1. SCIENZE UMANE                             | <input type="checkbox"/> |
| 2. FISICA, INFORMATICA E STATISTICA          | <input type="checkbox"/> |
| 3. BIOLOGIA ED ISTOLOGIA                     | <input type="checkbox"/> |
| 4. CHIMICA APPLICATA ALLE SCIENZE BIOMEDICHE | <input type="checkbox"/> |

Data .....

Firma .....