

Da inviare per e-mail a: <a href="mailto:orientamento.inrete@libero.it">orientamento.inrete@libero.it</a>				CELL.3476590239				
SI PREGA DI INSERIRE AL COMPUTER (NON A MANO) I DATI RICHIESTI								
ISTITUTO: _____					MEDICINA/ODONT	PROF.SAN E BIOMEDICO	PSICOLOGIA	
	COGNOME	NOME	CELLULARE	E-MAIL	SEDE DEL CORSO SCELTA S. Andrea o Policlinico	SEDE DEL CORSO SCELTA S. Andrea o Policlinico	SEDE DEL CORSO SCELTA Policlinico	
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
<b>LA SCELTA DELLA SEDE DEL CORSO ESTIVO NON OBBLIGA LO STUDENTE A RICHIEDERE LA STESSA SEDE PER IL TEST DI AMMISSIONE</b>								

