

Alla
Presidenza della Facoltà di Medicina e Chirurgia
Via L.B. Alberti, 4 - GENOVA
Fax 0103537352

c.a.Sig.ra Annamaria Antolini
Tel. 010 353 7481

OPEN WEEK FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA **13-17 febbraio 2012**

SCUOLA
INDIRIZZO
TEL.

FAX

DELEGATO ORIENTAMENTO PROF. _____ TEL. _____

GIORNATA RICHIESTA (indicare in ordine di priorità solo 2 preferenze nell'ambito dei
giorni e degli orari indicati)

		1 ^a scelta	2 ^a scelta
Lunedì 13/02/2012	ore 9,30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lunedì 13/02/2012	ore 14,30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Martedì 14/02/2012	ore 9,30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Martedì 14/02/2012	ore 14,30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mercoledì 15/02/2012	ore 9,30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mercoledì 15/02/2012	ore 14,30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Giovedì 16/02/2012	Ore 9,30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Giovedì 16/02/2012	ore 14,30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Venerdì 17/02/2012	ore 9,30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Venerdì 17/02/2012	ore 14,30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

N. STUDENTI _____ **(INFORMAZIONE OBBLIGATORIA)**

ANNOTAZIONI _____

Verrà inviato un fax di conferma del giorno programmato per la visita alla Facoltà e del
luogo di incontro.

FIRMA DOCENTE _____