



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI
DI CATANIA

SCUOLA "FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA"
CORSO DI LAUREA MAGISTRALE IN ODONTOIATRIA E PROTESI DENTARIA

MODULO PER LA PROPOSTA DI ATTIVITÀ DIDATTICHE ELETTIVE
ANNO ACCADEMICO 2019/2020

Inviare il modulo all'indirizzo: presidenzacro@unict.it

Docente/i Proponente/i: Dott./Prof. _____				
Recapito telefonico: _____ Fax: _____				
Cellulare: _____ E-mail prenotazioni _____				
Struttura in cui si svolge l'attività didattica elettiva:				
Per Corso Monografico : Aula _____				
Altra sede _____				
Per Internato Elettivo : Reparto _____				
Materia di Insegnamento: _____				
Denominazione dell'attività Didattica Elettiva				

Tipologia				
<input type="checkbox"/> Corso Monografico				
<input type="checkbox"/> Internato Elettivo				
Num. studenti ammessi	SSD	Numero di ore	Propedeuticità	Anno di corso a cui è rivolto
				<input type="checkbox"/> 1° anno <input type="checkbox"/> 2° anno <input type="checkbox"/> 3° anno <input type="checkbox"/> 6° anno
Modalità secondo la quale si svolgerà la valutazione in trentesimi (colloquio, prova pratica, quiz, ect.)				
Calendario (Data/e e ora di svolgimento dell'a.d.e.)				
1) Giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____				
2) Giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____				
3) Giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____				
4) Giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____				
Timbro e firma Docente				
Dott./Prof.: _____				