

Modulo di iscrizione per gli studenti delle classi quinte per l'attività di orientamento **TestBuster Facoltà di Medicina**

Cognome *

Cognome dello studente

Nome *

Nome dello studente

Email *

Indirizzo email a cui contattare il richiedente

Classe Frequentata *

- Scegliere -5[^] AER A5[^] AER B5[^] AER C5[^] AER D5[^] CAT A5[^] CBA A5[^] CBA B5[^] CMA A5[^] ELI A5[^] ELI-ELT5[^] ELT A5[^] IPAF5[^] MEC A5[^] MEC B5[^] MEC C5[^] MEC D5[^] TEL A5[^] TEL B5[^] TEL C5[^] LSA A5[^] LSA B5[^] LSA C5[^] LSA D5[^] LSA E

Inviato da Verona Roberto il Ven, 29/11/2019 - 12:18

Source URL (modified on 29/11/2019 - 12:26): <http://www.malignani.ud.it/webform/testbuster-facolt%C3%A0-di-medicina>