

Il/la sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____

laureat__/nd__ in Odontoiatria e Protesi dentaria in data _____ avendo
presentato domanda per l'esame di stato per l'abilitazione all'esercizio della
professione di Odontoiatra nella prima sessione dell'anno 2018,

dichiara

che la prova affine sulla quale intende essere esaminato è la seguente:

CLINICHE AFFINI ALLA CLINICA ODONTOSTOMATOLOGICA¹

☐ PATOLOGIA SPECIALE MEDICA E METODOLOGIA CLINICA

☐ PATOLOGIA SPECIALE CHIRURGICA E PROPEDEUTICA CLINICA

☐ RADIOLOGIA GENERALE E SPECIALE ODONTOSTOMATOLOGICA

☐ IGIENE E ODONTOIATRIA PREVENTIVA E SOCIALE CON EPIDEMIOLOGIA

Firenze, _____

(firma)

¹ indicare con una crocetta la clinica prescelta.