SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA

FACOLTÀ DI MEDICINA E ODONTOIATRIA
CORSO DI LAUREA MAGISTRALE IN DENTISTRY AND DENTAL PROSTHODONTICS
COORDINATRICE: PROF. LIVIA OTTOLENGHI

SURNAME _____ NAME_____

SERIAL NUMBER _____

CERTIFICATION OF ELECTIVE LEARNING ACTIVITIES (ADE)

Type of ADE	Title or topic of ADE	CFU	Date	*TEACHER'S SIGNATURE*

SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA

FACOLTÀ DI MEDICINA E ODONTOIATRIA
CORSO DI LAUREA MAGISTRALE IN DENTISTRY AND DENTAL PROSTHODONTICS
COORDINATRICE: PROF. LIVIA OTTOLENGHI

Type of ADE	Title or topic of ADE	CFU	Date	***TEACHER'S SIGNATURE***