

**DIPARTIMENTO di Scienze Mediche, Chirurgiche, Neurologiche,  
Metaboliche e dell'Invecchiamento**

Registro delle Lezioni del Corso di .....

(..... ANNO/..... SEMESTRE)

nel C.I. di .....

CdL di Medicina e Chirurgia Caserta

Nell'anno accademico 20...../20.....

Svolte dal prof./dott. ....

Qualifica .....

Regime d'impegno .....

Firma

Visto il DIRETTORE

Da presentare al Direttore di Dipartimento al termine dell'anno accademico.