



# UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PAVIA

## ESAME DI STATO PER L'ABILITAZIONE ALL'ESERCIZIO DELLA PROFESSIONE DI ODONTOIATRA

### DICHIARAZIONE

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

### DICHIARA

di scegliere una fra le seguenti discipline affini alla Clinica Odontostomatologica ed una fra quelle affini alla Chirurgia Speciale Odontostomatologica:

- **per Clinica Odontostomatologica** (Barrare la voce che interessa):

- Patologia speciale medica e metodologia clinica;
- Patologia speciale chirurgica e propedeutica clinica;
- Radiologia generale e speciale odontostomatologica;
- Igiene e odontoiatria preventiva sociale con epidemiologia.

- **per Chirurgia Speciale Odontostomatologica** (Barrare la voce che interessa):

- Odontoiatria conservatrice
- Paradontologia
- Protesi dentaria
- Ortognatodonzia e gnatologia

Data, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_