

Alla Commissione
Assegnazione Tesi compilativa in Farmacia
matr. _____ / _____

OGGETTO: richiesta assegnazione Tesi Compilativa in Farmacia.

l sottoscritt _____ nato a _____
_____ il _____ residente a _____ in via _____
_____ e-mail _____
cell _____ iscritt_ per l'a.a. _____/_____ al _____
anno del Corso di Laurea in Farmacia **Chiede** l'assegnazione della tesi compilativa in

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Anatomia e Fisiologia | <input type="checkbox"/> Biochimica |
| <input type="checkbox"/> Biologia animale e vegetale, Fisiologia vegetale | <input type="checkbox"/> Botanica farmaceutica |
| <input type="checkbox"/> Chimica farmaceutica | <input type="checkbox"/> Chimica generale ed organica |
| <input type="checkbox"/> Farmacologia e Tossicologia | <input type="checkbox"/> Farmacognosia |
| <input type="checkbox"/> Farmacoeconomia | <input type="checkbox"/> Fisica, Matematica ed Informatica |
| <input type="checkbox"/> Igiene e Microbiologia | <input type="checkbox"/> Tecnica e Legislazione farmaceutica |
| <input type="checkbox"/> Patologia generale e medica | |

Dichiara, all'uopo di aver superato i seguenti esami:

_____	cfu _____	voto _____/30
_____	cfu _____	voto _____/30
_____	cfu _____	voto _____/30
_____	cfu _____	voto _____/30
_____	cfu _____	voto _____/30
_____	cfu _____	voto _____/30
_____	cfu _____	voto _____/30
_____	cfu _____	voto _____/30
_____	cfu _____	voto _____/30
_____	cfu _____	voto _____/30
_____	cfu _____	voto _____/30
_____	cfu _____	voto _____/30
_____	cfu _____	voto _____/30
_____	cfu _____	voto _____/30
_____	cfu _____	voto _____/30
_____	cfu _____	voto _____/30
_____	cfu _____	voto _____/30
_____	cfu _____	voto _____/30
_____	cfu _____	voto _____/30
_____	cfu _____	voto _____/30

firma

RISERVATO AL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO

Assegnazione Tesi del ___/___/_____

Allo studente viene assegnata la Tesi Compilativa nella seguente area disciplinare:

_____ e gli viene assegnato quale Relatore il/la prof./prof.ssa _____

Il Direttore del Dipartimento
