

Dichiara, altresì, di aver preso accordi con il prof. _____
del Dipartimento di Farmacia per lo svolgimento della tesi

il Dipartimento cui afferisce il docente

presso la seguente struttura esterna: _____

presso la seguente struttura Erasmus: _____

e si impegna a sottoporsi alla prevista visita medica obbligatoria.

lo studente

Timbro e firma
del Responsabile della struttura esterna

il Relatore

Napoli, _____

RISERVATO AL REFERENTE PER LA SORVEGLIANZA SANITARIA

L'istanza presentata dallo studente viene presa in carico ai fini della richiesta di visita medica obbligatoria, indispensabile per lo svolgimento della tesi sperimentale presso i laboratori del Dipartimento.

Napoli, _____ il referente _____

RISERVATO ALLA COMMISSIONE PER LE ASSEGNAZIONI

L'istanza

è accolta e lo studente è ammesso a frequentare i laboratori del Dipartimento di Farmacia, sotto la guida del prof. _____

non è accolta per le seguenti motivazioni: _____

Napoli, _____

IL DIRETTORE
