

CORSO DI STUDIOORDINAMENTO.....

Domanda per la TESI DI LAUREA

Il/la sottoscritto/a.....

Matricola.....

Anno di Corso.....

Residente a.....

In Via.....n°.....

Tel.....cell.....

email.....

Inizio tirocinio in farmacia.....

Fine tirocinio in farmacia

CHIEDE

Di potere svolgere il proprio lavoro di tesi compilativa / sperimentale con il/la Prof. (o team di ricerca):

.....

A partire dalla data

Data di laurea prevista.....

Il/la sottoscritto/a dichiara di dover ancora sostenere i seguenti esami (*materie obbligatorie+materie a scelta*) (si allega fotocopia del libretto on line e dell'anno di iscrizione)

1).....CFU.....

2).....CFU.....

3).....CFU.....

4).....CFU.....

5).....CFU.....

6).....CFU.....

7).....CFU.....

8).....CFU.....

Data:..... Firma del richiedente

Firma del docente relatore