

Al Presidente del Corso di Studi in CTF  
SEDE

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, iscritto al \_\_\_\_\_ del Corso di Laurea Specialistica in C.T.F., chiede di essere ammesso alla preparazione della Tesi di Laurea.

**Tipo di tesi richiesta**

**Compilativa**

**Sperimentale**

Relatore scelto Prof. \_\_\_\_\_

O in alternativa: 1° Prof. \_\_\_\_\_

2° Prof. \_\_\_\_\_

Votazione riportata negli esami sostenuti e relativi CFU:

Matematica	_____/30	CFU ____
Chimica Generale ed Inorganica	_____/30	CFU ____
Microbiologia con elem. di term. Medica	_____/30	CFU ____
Fisica	_____/30	CFU ____
Anatomia Umana con elem. di Biologia Animale	_____/30	CFU ____
Chimica Organica	_____/30	CFU ____
Chimica Fisica	_____/30	CFU ____
Chimica Analitica	_____/30	CFU ____
Biologia vegetale	_____/30	CFU ____
Chimica Biologica	_____/30	CFU ____
Farmacognosia	_____/30	CFU ____
Analisi Chimica Farmaceutica (qualitativa inorganica)	_____/30	CFU ____
Analisi Chimica Farmaceutica quantitativa	_____/30	CFU ____
Fisiologia	_____/30	CFU ____
Farmacologia Cellulare	_____/30	CFU ____
Tossicologia	_____/30	CFU ____
Biochimica Applicata	_____/30	CFU ____
Chimica Organica avanzata	_____/30	CFU ____
Analisi chimica degli Alimenti	_____/30	CFU ____
Metodi fisici in Chimica Organica	_____/30	CFU ____
Analisi chimico farmaceutica strumentale	_____/30	CFU ____
Chimica Farmaceutica	_____/30	CFU ____
Laboratorio di riparazione estrattiva e sintetica dei farmaci	_____/30	CFU ____
Farmacologia e Farmacoterapia	_____/30	CFU ____
Tecnologia, Socioeconomia e Legislazione Farmaceutica	_____/30	CFU ____
Analisi Chimica Farmaceutica qualitativa organica	_____/30	CFU ____
Chimica Farmaceutica Applicata	_____/30	CFU ____
Impianti dell'Industria Farmaceutica	_____/30	CFU ____
Chimica Farmaceutica Avanzata	_____/30	CFU ____
Colloquio di lingua Inglese		CFU ____
<b>Attività a scelta dello studente</b>		CFU ____
<b>Altre attività (art. 10, com. 1, lettera f)</b>		CFU ____
<b>Tirocinio professionale</b>		CFU ____

Data di inizio internato: \_\_\_\_\_

Data in cui prevede di laurearsi:      Sessione \_\_\_\_\_ Anno \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_

Con osservanza.

Firma \_\_\_\_\_

Sassari, li \_\_\_\_\_

**N.B.:** Prima di indicare il Relatore scelto è opportuno che lo studente abbia un colloquio diretto con il docente interessato. Questi, in caso di accettazione, apporrà la firma in calce al modulo.

Firma del Docente per accettazione \_\_\_\_\_

Firma del Presidente del Corso di Studi \_\_\_\_\_