

Prodotti dietetici _____/30 **CFU** _____

Colloquio di lingua Inglese **CFU** _____

Attività a scelta dello studente **CFU** _____

Altre attività (art. 10, com. 1, lettera f) **CFU** _____

Tirocinio professionale **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 _____