

Al Presidente del corso
di studi in Farmacia
SEDE

Il sottoscritto _____, iscritto al _____ anno del Corso di
Laurea Magistrale in **FARMACIA**, matricola n. _____ 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 con elementi di informatica e statistica	___/30	CFU ___
Fisica	___/30	CFU ___
Chimica Generale ed Inorganica	___/30	CFU ___
Anatomia Umana con elementi di Biologia Animale	___/30	CFU ___
Botanica Farmaceutica con el. di Biologia vegetale	___/30	CFU ___
Microbiologia	___/30	CFU ___
Igiene ed educazione sanitaria	___/30	CFU ___
Chimica Organica con elementi di Chimica dei composti eterociclici	___/30	CFU ___
Chimica Analitica e Analisi dei medicinali 1 e.i.	___/30	CFU ___
Fisiologia generale	___/30	CFU ___
Biochimica	___/30	CFU ___
Farmacognosia con elementi di Fitochimica	___/30	CFU ___
Biochimica applicata e Biochimica Clinica	___/30	CFU ___
Analisi dei Medicinali 2	___/30	CFU ___
Patologia generale con elementi di terminologia medica	___/30	CFU ___
Tossicologia	___/30	CFU ___
Farmacologia generale	___/30	CFU ___
Chimica Farmaceutica e Tossicologica 1	___/30	CFU ___
Chimica tossicologica	___/30	CFU ___
Tecnologia, socioec. e legislaz. farmaceutica 1	___/30	CFU ___
Analisi dei Medicinali 3	___/30	CFU ___
Farmacologia e Farmacoterapia	___/30	CFU ___
Chimica Farmaceutica e Tossicologica 2	___/30	CFU ___
Tecnologia, socioec. e legislaz. farmaceutica 2	___/30	CFU ___
Chimica degli alimenti	___/30	CFU ___
Formulazione e legislaz. dei prodotti cosmetici	___/30	CFU ___
Colloquio di lingua Inglese	___/30	CFU ___

Attività a scelta dello studente (art. 10, com. 1, lettera a) CFU ___

Altre attività (art. 10, com. 1, lettera d)
Tirocinio professionale

CFU ____
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 _____