

Al Presidente del Corso di Studi in CTF
SEDE

Il sottoscritto _____, iscritto al _____ anno del Corso di Laurea
Magistrale in C.T.F., 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	_____ /30	CFU _____
Chimica Generale ed Inorganica e Stechiometria	_____ /30	CFU _____
Fisica	_____ /30	CFU _____
Anatomia Umana con elem. di Biologia Animale	_____ /30	CFU _____
Biologia vegetale	_____ /30	CFU _____
Microbiologia con elem. di term. Medica	_____ /30	CFU _____
Chimica Organica	_____ /30	CFU _____
Chimica Fisica	_____ /30	CFU _____
Analisi Chimica Farmaceutica qualitativa inorganica e		
Chimica Analitica (e.i.)	_____ /30	CFU _____
Farmacognosia	_____ /30	CFU _____
Chimica Biologica	_____ /30	CFU _____
Analisi Chimica Farmaceutica quantitativa	_____ /30	CFU _____
Fisiologia	_____ /30	CFU _____
Farmacologia Cellulare e 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 _____
Chimica Farmaceutica	_____ /30	CFU _____
Laboratorio preparazione 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 _____
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 _____