

Al Presidente del Corso di Studi in Farmacia
SEDE

Il sottoscritto _____, iscritto al _____ del Corso di Laurea Specialistica in **FARMACIA**, 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** _____
Fisica _____/30 **CFU** _____

Biologia Animale e.i. _____/30 **CFU** _____
Biologia vegetale e.i. _____/30 **CFU** _____

Chimica Generale ed Inorganica _____/30 **CFU** _____
Anatomia Umana _____/30 **CFU** _____

Botanica Farmaceutica _____/30 **CFU** _____

Igiene ed educazione sanitaria _____/30 **CFU** _____

Microbiologia _____/30 **CFU** _____

Chimica Organica _____/30 **CFU** _____

Chimica dei composti eterociclici _____/30 **CFU** _____

Chimica Analitica _____/30 **CFU** _____

Analisi dei medicinali 1 _____/30 **CFU** _____

Farmacognosia _____/30 **CFU** _____

Fitofarmacia _____/30 **CFU** _____

Biochimica _____/30 **CFU** _____

Biologia molecolare _____/30 **CFU** _____

Biochimica applicata _____/30 **CFU** _____

Fisiologia generale _____/30 **CFU** _____

Chimica Farmaceutica e Tossicologica 1 _____/30 **CFU** _____

Analisi dei Medicinali 2 _____/30 **CFU** _____

Farmacologia generale _____/30 **CFU** _____

Patologia generale _____/30 **CFU** _____

Chimica tossicologica _____/30 **CFU** _____

Tecnologia, socioec. e legislaz. farmaceutica 1 _____/30 **CFU** _____

Analisi dei Medicinali 3 _____/30 **CFU** _____

Tossicologia _____/30 **CFU** _____

Chimica Farmaceutica e Tossicologica 2 _____/30 **CFU** _____

Farmacologia e Farmacoterapia _____/30 **CFU** _____

Tecnologia, socioec. e legislaz. farmaceutica 2 _____/30 **CFU** _____

Formulazione e legislaz. dei prodotti cosmetici _____/30 **CFU** _____

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