

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 _____
Anatomia umana con elementi di biologia animale	_____/30	CFU _____
Chimica generale ed inorganica	_____/30	CFU _____
Fisica	_____/30	CFU _____
Microbiologia	_____/30	CFU _____
Botanica farmaceutica (con elementi di biologia Vegetale)	_____/30	CFU _____
Lingua inglese	_____/30	CFU _____
Chimica organica	_____/30	CFU _____
Chimica analitica	_____/30	CFU _____
Morfologia e diagnostica delle droghe	_____/30	CFU _____
Eterociclica farmaceutica	_____/30	CFU _____
Biochimica	_____/30	CFU _____
Igiene ed educazione sanitaria	_____/30	CFU _____
Chimica nutraceutico-alimentare	_____/30	CFU _____
Fisiologia generale	_____/30	CFU _____
Biochimica applicata medica	_____/30	CFU _____

Patologia generale (con elementi di terminologia medica)	_____/30	CFU ____
Analisi quantitativa dei medicinali	_____/30	CFU ____
Tossicologia	_____/30	CFU ____
Farmacologia generale	_____/30	CFU ____
Farmacochimica e Chimica Tossicologica	_____/30	CFU ____
Chimica farmaceutica I	_____/30	CFU ____
Analisi Qualitativa dei medicinali	_____/30	CFU ____
Fitofarmacia e Preparazioni Erboristiche	_____/30	CFU ____
Tecnologia farmaceutica I	_____/30	CFU ____
Socioeconomia e normativa dei medicinali	_____/30	CFU ____
Chimica farmaceutica II	_____/30	CFU ____
Tecnologia farmaceutica II e laboratorio galenico	_____/30	CFU ____
Formulazione e legislazione dei prodotti cosmetici	_____/30	CFU ____
Farmacologia, farmacognosia e farmacoterapia	_____/30	CFU ____
 Attività a scelta dello studente (art.10, com.1, lettera a)		CFU ____
Altre attività (art.10, com.1, lettera d)		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 _____