

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:

<b>Matematica ed elementi di statistica medica</b>	_____/30	<b>CFU</b> _____
<b>Anatomia umana con elementi di biologia animale</b>	_____/30	<b>CFU</b> _____
<b>Chimica generale ed inorganica con laboratorio</b>	_____/30	<b>CFU</b> _____
<b>Fisica</b>	_____/30	<b>CFU</b> _____
<b>Microbiologia</b>	_____/30	<b>CFU</b> _____
<b>Botanica farmaceutica (con elementi di biologia Vegetale)</b>	_____/30	<b>CFU</b> _____
<b>Principi di chimica analitica</b>	_____/30	<b>CFU</b> _____
<b>Chimica organica</b>	_____/30	<b>CFU</b> _____
<b>Morfologia e diagnostica delle droghe</b>	_____/30	<b>CFU</b> _____
<b>Igiene ed educazione sanitaria</b>	_____/30	<b>CFU</b> _____
<b>Lingua inglese B2</b>	_____/30	<b>CFU</b> _____
<b>Biochimica cellulare e metabolica</b>	_____/30	<b>CFU</b> _____
<b>Fisiologia generale</b>	_____/30	<b>CFU</b> _____
<b>Alimenti e prodotti dietetici</b>	_____/30	<b>CFU</b> _____
<b>Chimica farmaceutica e tossicologica</b>	_____/30	<b>CFU</b> _____
<b>Biochimica applicata medica</b>	_____/30	<b>CFU</b> _____

<b>Patologia generale (con elementi di terminologia medica)</b>	_____/30	<b>CFU</b> ____
<b>Fitofarmacia e Preparazioni Erboristiche</b>	_____/30	<b>CFU</b> ____
<b>Tossicologia e Farmacovigilanza</b>	_____/30	<b>CFU</b> ____
<b>Farmacologia generale e molecolare</b>	_____/30	<b>CFU</b> ____
<b>Chimica farmaceutica I</b>	_____/30	<b>CFU</b> ____
<b>Tecnologia farmaceutica e preparazioni galeniche</b>	_____/30	<b>CFU</b> ____
<b>Farmacologia e farmacoterapia</b>	_____/30	<b>CFU</b> ____
<b>Analisi cliniche e diagnostica strumentale</b>	_____/30	<b>CFU</b> ____
<b>Chimica farmaceutica II</b>	_____/30	<b>CFU</b> ____
<b>Legislazione farmaceutica, deontologia e gestione della farmacia</b>	_____/30	<b>CFU</b> ____
<b>Forme farmaceutiche innovative</b>	_____/30	<b>CFU</b> ____
<b>Analisi dei medicinali</b>	_____/30	<b>CFU</b> ____
<b>Gestione delle patologie minori</b>	_____/30	<b>CFU</b> ____
<b>Tecnologia e normativa dei prodotti cosmetici e dei dispositivi medici</b>	_____/30	<b>CFU</b> ____
<b>Attività a scelta dello studente (art.10, com.1, lettera a)</b>		<b>CFU</b> ____
<b>Altre attività (art.10, com.1, lettera d)</b>		<b>CFU</b> ____
<b>Tirocinio professionale</b>		<b>CFU</b> ____

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 \_\_\_\_\_