

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.

Tipi di tesi richiesta **Compilativa** **Sperimentale**

Relatore scelto Prof. _____

O in alternativa: 1º Prof. _____

2° Prof.

Votazione riportata negli esami sostenuti e relativi CFU:

Matematica ed elementi di statistica medica _____/30 CFU _____

Anatomia umana con elementi di biologia animale _____/30 CFU _____

Chimica generale ed inorganica con laboratorio _____ /30 CFU _____

Fisica _____/30 CFU _____

Microbiologia _____ /30 CFU _____

Botanica farmaceutica (con elementi di biologia Vegetale) /30 CFU

Principi di chimica analitica /30 CFU

Chimica organica /30 CFU

Morfologia e diagnostica delle droghe /30 CFU

Igiene ed educazione sanitaria /30 CFU

Lingua inglese B2 /30 CFU

Biochimica cellulare e metabolica /30 CEU

Fisiologia generale /30 CEU

Alimenti e prodotti dietetici /30 CEU

Chimica farmaceutica e tossicologica /30 CEU

Biachimica applicata medica 20 GEU

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

Data di inizio internato: _____

Data in cui prevede di laurearsi: Sessione _____ Anno _____

Indirizzo: _____

Tel.: _____

Codice fiscale: _____

Con osservanza.

Firma _____

Sassari, lì _____

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 _____