

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 _____
Fisica	_____ /30	CFU _____
Chimica Generale ed Inorganica	_____ /30	CFU _____
Anatomia Umana con elementi di Biologia Animale	_____ /30	CFU _____
Botanica Farmaceutica con el. di Biologia vegetale	_____ /30	CFU _____
Microbiologia	_____ /30	CFU _____
Igiene ed educazione sanitaria	_____ /30	CFU _____
Chimica Organica con elementi di Chimica dei composti eterociclici	_____ /30	CFU _____
Chimica Analitica e Analisi dei medicinali 1 e.i.	_____ /30	CFU _____
Fisiologia generale	_____ /30	CFU _____
Biochimica	_____ /30	CFU _____
Farmacognosia con elementi di Fitochimica	_____ /30	CFU _____
Biochimica applicata	_____ /30	CFU _____
Analisi dei Medicinali 2	_____ /30	CFU _____
Patologia generale con elementi di terminologia medica	_____ /30	CFU _____
Tossicologia	_____ /30	CFU _____
Farmacologia generale	_____ /30	CFU _____
Chimica Farmaceutica e Tossicologica 1	_____ /30	CFU _____
Chimica tossicologica	_____ /30	CFU _____
Tecnologia, socioec. e legislaz. farmaceutica 1	_____ /30	CFU _____
Analisi dei Medicinali 3	_____ /30	CFU _____
Farmacologia e Farmacoterapia	_____ /30	CFU _____
Chimica Farmaceutica e Tossicologica 2	_____ /30	CFU _____
Tecnologia, socioec. e legislaz. farmaceutica 2	_____ /30	CFU _____
Chimica degli alimenti	_____ /30	CFU _____
Formulazione e legislaz. dei prodotti cosmetici	_____ /30	CFU _____
Colloquio di lingua Inglese	_____ /30	CFU _____

Attività a scelta dello studente (art. 10, com. 1, lettera a) **CFU** _____

**Altre attività (art. 10, com. 1, lettera d)
Tirocinio professionale**

**CFU ____
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 _____