

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 | | 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 _____