



DOMANDA ASSEGNAZIONE TESI

Il/La
sottoscritto/a:

matricola :

--	--	--	--	--	--	--	--

Iscritto/a alla..... volta del corso di Laurea in :

Farmacia

C.T.F.

Numero totale cfu acquisiti:

Media esami

chiede che gli venga assegnata una tesi di carattere :

sperimentale

compilativo

nel seguente settore scientifico-disciplinare (indicare sigla s.s.d.), presente nel proprio piano degli studi,

--	--	--	--	--	--	--	--

Data di inizio della tesi :

mese

mese

anno

Data presunta di Laurea (discussione della tesi):

(Si rammenta che per laurearsi è necessaria una ulteriore domanda di ammissione alla sessione di Laurea)

Nome del docente relatore della tesi:

La presente domanda deve essere allegata via mail al docente relatore e NON deve essere stampata e consegnata allo Sportello

Eventuali note:
