

Anno Accademico _____

**AI COORDINATORE della Classe LM-13R
del Corso di Laurea Magistrale in FARMACIA****OGGETTO: RICHIESTA ASSEGNAZIONE DOCENTE TESI DI LAUREA**

Il/La Sottoscritto/a _____ **nato/a** _____ **il** _____ **e**
residente in _____ **Via** _____ **n** _____ **Provincia** _____
recapito telefonico _____ **Cell** _____ **Indirizzo mail Istituzionale**
dell'Università _____
_matricola _____.

iscritto/a nell'A.A. _____ al _____ anno del Corso di Laurea in FARMACIA avendo acquisito i
CFU necessari e presa visione delle tematiche di ricerca dichiara che intende svolgere una tesi:

☐ **COMPILATIVA** ; ☐ **SEMI-PERIMENTALE**; ☐ **SPERIMENTALE**

C H I E D E

che gli venga assegnato come Relatore di Tesi il seguente Docente:

Prof/Dott _____ del Dipartimento _____

SSD _____

Data presunta di inizio _____ data presunta di fine del lavoro di Tesi _____

Firma del docente _____

Firma dello studente _____

Si acclude il piano di studi (Formato PDF) attestante elenco degli esami superati per complessivi _____ CFU.

Palermo, li _____

Parte riservata alla Segreteria del CdS

a) si assegna come Relatore di Tesi il seguente Docente:

Prof/Dott _____

b) Si propone come Relatore di Tesi il seguente Docente:

Prof/Dott _____

Palermo, li _____