

Anno Accademico \_\_\_\_\_

AI COORDINATORE della Classe LM-13  
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 \_\_\_\_\_

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 ;  SPERIMENTALE

**CHIEDE**

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 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 \_\_\_\_\_

---