**Università degli Studi di Perugia**

**Dipartimento di Scienze Farmaceutiche**

**Corso di Laurea Magistrale in Farmacia**

**Richiesta di assegnazione di tesi di laurea**

**Al Coordinatore del Corso di Laurea Magistrale in Farmacia**

**Chiar.ma Prof.ssa Maria Carla Marcotullio**

Perugia, (data)…………………………

Il/La sottoscritto/a…………………………………matr……………… iscritto/a al Corso di Laurea specialistica/magistrale in ………………………………………………………………………………………………….

e-mail (istituzionale)………………………………………………. chiede di poter svolgere il lavoro di tesi di laurea □compilativa/□sperimentale dal titolo provvisorio: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..................................................

con il/la Prof./ssa ……………………………………………………………………………………………………..

presso il Dipartimento di …………………………………………………………………………………………...

Firma del docente Firma dello studente

…………………………………………. …………………………………………

Il presente modulo compilato dovrà essere trasmesso a cdl-unico.farmacia@unipg.it , **almeno nove mesi prima della presumibile data di laurea.**

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

**Parte riservata all’Amministrazione**

**Richiesta approvata dal Comitato di Coordinamento in data ……………………………**

Il Coordinatore

………………………………………….