



**UNIVERSITÀ
DI PARMA**

DIPARTIMENTO DI SCIENZE
DEGLI ALIMENTI E DEL FARMACO

Modulo per autorizzazione tesi sperimentale extra-Ateneo

Spett.le Consiglio del CdS
In FARMACIA

Il/la sottoscritto/a, matr. n.....,
iscritto/a per l'a.a al..... anno del CdL magistrale/specialistica
in FARMACIA, chiede l'autorizzazione a svolgere il lavoro di tesi
sperimentale pressosotto
la supervisione della/del dott. e facendo
riferimento alla/al prof.come relatore.

Firma dello studente:

Recapito dello studente: indirizzo, mail, telefono.

.....
.....
.....

Data,