



**UNIVERSITÀ
DI PARMA**

DIPARTIMENTO DI SCIENZE
DEGLI ALIMENTI E DEL FARMACO

Modulo per autorizzazione tesi sperimentale extra-Ateneo

Spett.le Consiglio del CdS
In CHIMICA E TECNOLOGIA FARMACEUTICHE

Il/la sottoscritto/a, matr. n.....,
iscritto/a per l'a.a al.....anno del CdL magistrale/specialistica
in CHIMICA E TECNOLOGIA FARMACEUTICHE, chiede l'autorizzazione a
svolgere il lavoro di tesi sperimentale presso

.....
sotto la supervisione della/del dott.
e facendo riferimento alla/al prof.
come relatore.

Firma dello studente:

Recapito dello studente: indirizzo, mail, telefono.

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

Data,