



**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.

Durante il periodo di tesi il sottoscritto si occuperà di:

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

Firma dello studente:

Recapito dello studente: indirizzo, mail, telefono.

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

Data,