



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
FIRENZE
Scuola di
Scienze della
Salute Umana

Al Presidente del Corso di Laurea Magistrale in Farmacia

1 sottoscritt _____, iscritt al _____ anno del Corso di

Laurea Magistrale in Farmacia, matricola n° _____,

chiede il riconoscimento di ___ CFU come Attività a scelta dello studente per aver svolto la tesi
sperimentale dal titolo: _____

sotto la guida del Prof./Prof.ssa _____

a partire dal _____

Firma dello studente

Firma del Relatore

Data: