



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
FIRENZE

**Scuola di
Scienze della
Salute Umana**

Al Presidente del Corso di Laurea Magistrale in Farmacia

Io 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: