



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, 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: