*Corsi di Studio in Farmacia e Chimica e Tecnologia Farmaceutiche* **DOMANDA PER ATTIVITA’ DI PREPARAZIONE DELL’ELABORATO FINALE (TESI)**

**PRESSO ENTI ESTERNI**

**Il/La sottoscritto/a**

Cognome e nome: …..………………………………………………………………………………………………………

Corso di laurea magistrale (o specialistica) in ……………………………………matricola n. ………………………

N. di telefono/cell.: ………………………………………………...

**chiede di poter svolgere l’attività di preparazione dell’elaborato finale (tesi) per n. \_\_\_\_\_\_\_\_mesi come dal programma dettagliato nell’allegato “Progetto Formativo**”.

Trieste, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\* Allegare fotocopia del documento d'identità del firmatario.

|  |  |
| --- | --- |
| Estremi Documento di identità  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |