

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI BARI  
DIPARTIMENTO DI FARMACIA-SCIENZE DEL FARMACO  
**Corso di Laurea in Chimica e Tecnologia Farmaceutiche**

Gli studenti del corso di laurea in C.T.F. hanno tre scadenze per la presentazione della richiesta di tesi: dal 1 al 10 marzo, dal 20 al 30 giugno e dal 20 al 31 ottobre di ciascun anno. La richiesta tesi deve essere inviata alla Segreteria Didattica agli indirizzi: [francesca.gisotti@uniba.it](mailto:francesca.gisotti@uniba.it) e [didattica.farmacia@uniba.it](mailto:didattica.farmacia@uniba.it).

La tesi sperimentale è di durata semestrale.

Gli studenti che intendono presentare richiesta di tesi devono aver superato il numero minimo di esami come sotto indicato:

- 20 annualità di esami se il Piano di Studi prevede 24 annualità di esami;**
- 22 annualità di esami se il Piano di Studi prevede 27 annualità di esami.**

Al Coordinatore del Consiglio di Classe di Corsi di Studio 14S, LM-13

Ordinamenti: **D.M. 509/1999, DM 270/2004**

Il sottoscritto/La sottoscritta

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

matr. N° \_\_\_\_\_ anno di immatricolazione (indicare il primo anno di immatricolazione in qualunque CdS o Sede universitaria) \_\_\_\_\_

nato il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

ed avente il recapito in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

iscritto per l'A.A. \_\_\_\_\_ al seguente anno di corso: \_\_\_\_\_

fa domanda affinché gli venga assegnata una tesi di laurea.

Il sottoscritto dichiara di aver già sostenuto il numero minimo di esami richiesti e si impegna ad iniziare l'internato di laurea immediatamente dopo l'avvenuta assegnazione.

Il sottoscritto dichiara inoltre

di aver già conseguito l'attestato del corso di In/Formazione sulla "Sicurezza nei laboratori biologici e chimici del Dipartimento di Farmacia-Scienze del Farmaco";

di impegnarsi a conseguire l'attestato del corso di In/Formazione sulla "Sicurezza nei laboratori biologici e chimici del Dipartimento di Farmacia-Scienze del Farmaco" in concomitanza con l'entrata in internato.

***Per gli studenti in graduatoria per il programma Erasmus***

Il sottoscritto dichiara che il docente coordinatore per lo svolgimento della tesi sperimentale è il prof. \_\_\_\_\_

Data,

Firma dello studente

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

