

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ (prov. _____) in data _____

Residente in via _____ n. _____

Comune _____ prov. _____ CAP _____

Telefono fisso _____ cellulare _____

Mail _____

sotto la propria responsabilità e nella piena consapevolezza delle sanzioni penali richiamate dagli artt. 75 e 76 del DPR 445/ 2000 in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità in atti e dall'art. 495 del C.P.

CHIEDE

di essere ammesso per l' a.a. 2023/24 al terzo anno di corso del Corso di laurea magistrale a Ciclo Unico in Farmacia dell'Università degli Studi di Brescia

DICHIARA

di essere iscritto/a per l' a.a. 2022/23 al secondo anno di corso regolare fuori corso ripetente

Corso di laurea magistrale in Farmacia afferente alla classe LM/13

presso l'Università di _____

di avere sostenuto i seguenti esami/attività formative:



DENOMINAZIONE ESAME UNIBS I anno	DENOMINAZIONE ESAME ATENEEO PROVENIENZA (indicare l'esame del proprio percorso formativo ritenuto corrispondente se denominazione diversa da quella in Unibs)	SSD Ateneo di provenienza	Cfu Ateneo provenienza	Frequenza ottenuta (barrare la casella che interessa)		Voto - idoneità	data esame (se superato)	SSD UniBS	Cfu UniBs
				SI	NO				
ANATOMIA UMANA e ISTOLOGIA				SI	NO				9
Istologia Ed Embriologia				SI	NO			BIO/17	3
Anatomia umana				SI	NO			BIO/16	6
BIOLOGIA E GENETICA				SI	NO				12
Biologia animale ed epigenetica				SI	NO			BIO/13	7
Genetica Molecolare e Genomica				SI	NO			BIO/18	5
CHIMICA GENERALE E INORGANICA								CHIM/03	12
FISICA				SI	NO			FIS/07	6
CHIMICA ANALITICA				SI	NO			CHIM/01	6
BIOLOGIA VEGETALE				SI	NO			BIO/15	6
LINGUA INGLESE B2				SI	NO				3
ACQUISIZIONE DI ELEMENTI DI INFORMATICA E STATISTICA				SI	NO				2
ALTRO ESAME (compresi Corsi Opzionali) di cui non si trova corrispondenza nel Piano degli Studi del CdS di Farmacia UniBS				SI	NO				
ALTRO ESAME (compresi Corsi Opzionali) di cui non si trova corrispondenza nel Piano degli Studi del CdS di Farmacia UniBS				SI	NO				

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(articolo 46 DPR 445 DEL 28/12/2000)

Modulo Richiesta trasferimento
anni successivi al primo CdLM
FARMACIA

DENOMINAZIONE ESAME UNIBS Il anno	DENOMINAZIONE ESAME ATENEEO PROVENIENZA (indicare l'esame del proprio percorso formativo ritenuto corrispondente se denominazione diversa da quella in Unibs)	SSD Ateneo di provenienza	Cfu Ateneo provenienza	Frequenza ottenuta (barrare la casella che interessa)		Voto - idoneità	data esame (se superato)	SSD UniBS	Cfu UniBs
				SI	NO				
MICROBIOLOGIA				SI	NO			MED/07	9
ANALISI DEI MEDICINALI				SI	NO			CHIM/8	12
CHIMICA ORGANICA				SI	NO			CHIM/06	12
BIOCHIMICA GENERALE E MOLECOLARE				SI	NO			BIO/10	9
FISIOLOGIA UMANA				SI	NO			BIO/09	9
PATOLOGIA GENERALE E FISIOPATOLOGIA				SI	NO			MED/04	8
IMMUNOLOGIA CON BASI MOLECOLARI DEI FARMACI BIOTECNOLOGICI				SI	NO			MED/04	6
ALTRO ESAME (compresi Corsi Opzionali) di cui non si trova corrispondenza nel Piano delgi Studi del CdS di Farmacia UniBS				SI	NO				
ALTRO ESAME (compresi Corsi Opzionali) di cui non si trova corrispondenza nel Piano delgi Studi del CdS di Farmacia UniBS				SI	NO				
				SI	NO				

Brescia,/...../.....

(firma leggibile e per esteso)

I dati personali sono raccolti e trattati nel rispetto di quanto stabilito dal T.U. sulla privacy approvato con decreto legislativo n. 196 del 30.06.2003.