**DOMANDA DI ASSEGNAZIONE TESI**

*da presentare alla Segreteria Didattica del Corso di Laurea in Farmacia*

*almeno 15 giorni prima della data prevista di inizio tesi*

Il/La sottoscritt\_.....................................................................................................................................

iscritt\_ al …… anno del Corso di Laurea a Ciclo unico in Farmacia cellulare.........................................................

Matricola n. .....................................................................

chiede di essere ammesso/a a svolgere:

* Tesi compilativa
* Tesi sperimentale

**A TAL FINE DICHIARA**

di avere già preso accordi con il Relatore Prof. .......................................................................................

e che il periodo di tesi inizierà a partire dal ………………............................................................................

**DICHIARA INOLTRE CHE**

□ il lavoro di tesi sperimentale sarà svolto interamente presso laboratori di ricerca dell’Università di Brescia

□ tutto/parte del lavoro di tesi sarà svolto in Erasmus, presso l’Università ……..........…………............................................... Cod. Erasmus…..........…………............ (data di partenza prevista: ………........................).

□ tutto/parte del lavoro di tesi sperimentale sarà svolto presso laboratori di ricerca esterni all’Università di Brescia, presso…………………………………………………………………… sotto la supervisione del Dr.………………………………….…………che svolgerà la funzione di Correlatore.

**ALLEGA:**

□ il Progetto formativo firmato del lavoro di tesi da svolgere in Erasmus o presso laboratori di ricerca interni e/o esterni all’Università di Brescia contenente una breve descrizione di argomento, modalità e tecniche.

Brescia,.......................... FIRMA dello studente………………………………………………

Il/La sottoscritt\_ Prof. ………………………………….………………… conferma quanto dichiarato dal/dalla laureand\_ ………………………………….…………………

FIRMA DEL RELATORE

Brescia,..........................………………………………….…………………