



UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI  
DI BRESCIA

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

Modulo Richiesta trasferimento  
anni successivi al primo CdLM  
FARMACIA

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. 2025/26 al **quinto** 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. \_ 2024/25 al **quarto** 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:



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

Modulo Richiesta trasferimento  
anni successivi al primo CdLM  
FARMACIA

DENOMINAZIONE ESAME UNIBS  I anno	DENOMINAZIONE ESAME ATENEO 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 ATNEO 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				



UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI  
DI BRESCIA

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

**Modulo Richiesta**  
**trasferimentoanni successivi**  
**al primo CdLM FARMACIA**

DENOMINAZIONE ESAME UNIBS III anno	DENOMINAZIONE ESAME ATENEIO 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				
CHIMICA FARMACEUTICA I				SI	NO			CHIM/08	9
FARMACOLOGIA GENERALE E FARMACOGNOSIA				SI	NO			BIO/14	12
METODOLOGIE PER LO SVILUPPO DI FARMACI PERSONALIZZATI				SI	NO				13
- Biologia molecolare applica ai farmaci				SI	NO			BIO/11	6
- Nanotecnologie farmaceutiche				SI	NO			CHIM/07	4
- Farmacogenomica				SI	NO			MED/03	3
SCIENZE DEGLI ALIMENTI				SI	NO				12
- Chimica degli alimenti				SI	NO			CHIM/10	6
- Biochimica degli alimenti				SI	NO			BIO/10	6
METODOLOGIE DI LABORATORIO IN AMBITO SANITARIO				SI	NO				6
- Medicina di laboratorio				SI	NO			MED/46	3
- Patologia Clinica				SI	NO			MED/05	3
SCIENZE DELLA NUTRIZIONE				SI	NO				8
- Scienze dell'alimentazione				SI	NO			MED/49	3
- Nutraceutica				SI	NO			BIO/14	5

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				



UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI  
DI BRESCIA

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

**Modulo Richiesta**  
**trasferimentoanni successivi**  
**al primo CdLM FARMACIA**

DENOMINAZIONE ESAME UNIBS IV 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				
BIOSTATISTICA				SI	NO			MED/01	2
CHIMICA FARMACEUTICA II				SI	NO			CHIM/08	12
FARMACOLOGIA SPECIALE E FARMACOTERAPIA				SI	NO			BIO/14	12
TECNOLOGIA FARMACEUTICA E LABORATORIO DI PREPARAZIONI GALENICHE				SI	NO			CHIM/09	9
NORMATIVA FARMACEUTICA E ORGANIZZAZIONE E GESTIONE DELLA FARMACIA				SI	NO			CHIM/09	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				

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.*