



**UNIVERSITÀ  
DI PARMA**

DIPARTIMENTO DI SCIENZE  
DEGLI ALIMENTI E DEL FARMACO

**Modulo per autorizzazione  
tesi sperimentale  
extra-Ateneo**

Spett.le Consiglio del CdS  
In CHIMICA E TECNOLOGIA FARMACEUTICHE

Il/la sottoscritto/a ....., matr. n. ...., iscritto/a per l'a.a.  
..... al ..... anno del CdL magistrale/specialistica in CHIMICA E TECNOLOGIA  
FARMACEUTICHE, chiede l'autorizzazione a svolgere il lavoro di tesi sperimentale presso  
.....sotto la supervisione della/del dott.  
..... e facendo riferimento alla/al prof.  
.....come relatore.

Durante il periodo di tesi il sottoscritto si occuperà di:

.....  
.....  
.....  
.....

Firma dello studente: .....

Recapito dello studente: indirizzo, mail, telefono.

.....  
.....  
.....

Data, .....