

Perugia, li __ / __ / ____

Al Coordinatore del Corso di Laurea Magistrale in
Scienze dell'Alimentazione e della Nutrizione Umana
- Prof. Massimo Moretti (massimo.moretti@unipg.it)

Alla Segreteria Didattica del
Dipartimento di Scienze farmaceutiche
- Att.ne Dr.ssa Federica Aisa (federica.aisa@unipg.it; segr-didattica.dsف@unipg.it)

Oggetto: **RICHIESTA SVOLGIMENTO ATTIVITÀ DI TESI.**

Da trasmettere almeno 6 mesi prima della data della sessione di laurea.

Il/la sottoscritto/a _____ matricola _____,
e-mail (istituzionale) _____,
iscritto/a al Corso di Laurea Magistrale in Scienze dell'Alimentazione e della Nutrizione
Umana nell'A.A. ____ / ____

CHIEDE

di poter svolgere l'attività di tesi ☐ sperimentale / ☐ compilativa, dal titolo provvisorio

☐ presso il Dipartimento di Scienze Farmaceutiche

☐ presso il Dipartimento di Medicina e Chirurgia

☐ presso il Dipartimento di Scienze Agrarie, Ambientali e Alimentari

☐ presso altra struttura: _____

con il/la Prof. _____

a decorrere dal __ / __ / _____

Firma dello studente

Firma del Relatore
