

Perugia, li \_\_ / \_\_ / \_\_

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

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