



Ufficio Didattica

RICHIESTA ASSEGNAZIONE TESI

Al Direttore del Dipartimento di Scienze della Salute
SEDE

Il/la sottoscritto/a (cognome e nome) _____
Matricola _____ nato/a a _____ il ___ / ___ / _____ residente
in _____ prov. _____ alla via _____
_____ n. _____ cap _____
indirizzo e-mail _____ telefono fisso _____
cellulare _____ ai sensi degli art. 46 e 47 del D.P.R. 445/00 e consapevole
che le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia secondo le
disposizioni richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/00,

dichiara di:

- essere regolarmente iscritto/a per l'anno accademico _____ al _____ anno del Corso di Laurea **FARMACIA** e di aver maturato ad oggi n. _____ crediti formativi universitari (*)
- _____ di aver frequentato e aver superato con esito positivo il corso di formazione sulla valutazione del rischio in ambienti di lavoro (***)
- _____ di impegnarsi a frequentare con esito positivo il corso di formazione sulla valutazione del rischio in ambienti di lavoro e a consegnare la copia dell'attestato prima di iniziare il laboratorio di tesi. (***)

chiede

che gli venga assegnata una tesi _____sperimentale / _____compilativa, dal titolo provvisorio

_____ da espletarsi nel laboratorio di _____ del quale è responsabile il prof _____ (***) presumibilmente nel periodo compreso tra il _____ e il _____.

Firma del docente relatore per accettazione

Allega alla presente il certificato degli esami sostenuti (**).

Potenza, _____

Firma _____

Data di Consegna _____

L'impiegato _____

(*) per la richiesta di tesi è necessario aver acquisito almeno 180 CFU

(**) il certificato è reperibile sul sito www.unibas.it/ sezione "servizi Web per studenti" immettendo il numero di matricola e la password (quella rilasciata all'atto dell'immatricolazione).

(***) solo per gli studenti che chiedono la tesi sperimentale e di frequentare i laboratori dell'USB