



SEGRETERIE STUDENTI DIPARTIMENTO DI FARMACIA
Titolo della tesi e insegnamento afferente

Al Magnifico Rettore
dell'Università degli Studi di
Chieti-Pescara

Il sottoscritto _____ matricola n° _____

Nato a _____ (____) il _____

domicilio _____

Cell. _____ indirizzo e-mail _____

Iscritto al Corso di Laurea in _____

Ordinamento di appartenenza: DM 270/04 DM 509/99 V.O.
 ALTRO (specificare _____)

Avendo ottemperato alle vigenti disposizioni inerenti le dissertazioni della tesi, comunica di essere stato/a autorizzato/a dal Prof. _____ alla discussione della tesi di laurea, con il seguente:

**TITOLO DEFINITIVO DELLA TESI
(in stampatello)**

Italiano _____

Inglese¹ _____

Tipologia: Sperimentale Compilativa Altro (Specificare _____)

Lingua tesi: Italiano Inglese

INSEGNAMENTO AFFERENTE² (da compilarsi a cura del Relatore):

SSD _____

CORRELATORE _____ (in stampatello)

Luogo e data _____, _____

Il Laureando

Relatore

Correlatore

¹ Informazione obbligatoria

² Per **insegnamento di afferenza** deve intendersi l'insegnamento presente nel piano di studi del laureando e di cui è titolare il relatore. Nel caso in cui l'insegnamento del quale è titolare il relatore non corrisponda alla denominazione dell'esame presente nel piano del laureando, il relatore stesso avrà cura di indicare al laureando la corrispondenza tra l'insegnamento di cui è titolare e quello presente nel piano studi dello studente. La compilazione di questo spazio è **OBBLIGATORIA**, in quanto il campo relativo all'insegnamento afferente è reso obbligatorio nella procedura meccanografica, in fase di acquisizione della domanda di laurea. **IN ASSENZA DI QUESTO DATO GLI OPERATORI DI SEGRETERIA NON POTRANNO PROCEDERE ALL'ACQUISIZIONE DELLA DOMANDA DI LAUREA.**