



**UNIVERSITA' DEGLI STUDI DELLA BASILICATA
DIPARTIMENTO DI SCIENZE**

RICHIESTA ASSEGNAZIONE TESI

**Al Direttore del Dipartimento di Scienze
S E D E**

Il/la sottoscritt _ (cognome e nome) _____
matr _____ nato/a a _____ il ___ / ___ / _____ residente
in _____ prov. _____ alla via _____
n. ___ cap _____
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:

- a) essere regolarmente iscritt _ per l'anno accademico _____ al _____ anno del
Corso di Laurea in **FARMACIA** e di aver maturato ad oggi n. _____ crediti formativi
universitari (*)
- b) ___ di aver frequentato e aver superato con esito positivo il corso di formazione sulla valutazione
del rischio in ambienti di lavoro (***)
- c) ___ 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