



Al Coordinatore
del Corso di Laurea a Ciclo Unico in Farmacia
Università di Roma "Tor Vergata"

SEDE

OGGETTO: Autocertificazione Attività Opzionali (12 CFU) per passaggio al nuovo corso di Laurea abilitante in Farmacia (cod.AA4)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____
il _____ iscritto/a al Corso di Laurea Magistrale a Ciclo Unico in
Farmacia con Matricola n. _____

dichiara quanto segue

ATTIVITÀ OPZIONALI	DOCENTE	CFU	VOTO/IDONEITÀ

Roma, lì

Firma dello studente
