

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

SEDE

**OGGETTO: Richiesta opzione 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, immatricolato dall'A.A. \_\_\_\_\_ con Matricola n. \_\_\_\_\_

**chiede**

per l'anno accademico 2023-2024 l'opzione di passaggio al nuovo Corso di Laurea abilitante in Farmacia, classe H13. cod. AA4 e il riconoscimento dei seguenti esami finora sostenuti, come da copia certificato Allegato.

Roma, li

Firma dello studente

-----