



## PIANO DI STUDIO

La/Il sottoscritta/o ..... matricola .....  
iscritta/o al Corso di Laurea Specialistica in Farmacia chiede le/gli siano riconosciuti i crediti  
delle seguenti attività formative:

### Attività formative "A scelta dello studente" - CFU previsti: 16

a) Insegnamenti dei Corsi di laurea gestiti dal Dipartimento di Scienze del Farmaco

Denominazione esame	Corso di laurea	Voto Si/No	CFU	

b) Insegnamenti dei Corsi di laurea gestiti da altri Dipartimenti

Denominazione esame	Corso di laurea	CFU	

Totale

### Attività formative "Altre" – CFU previsti: 14

a) Attività seminariali (max 8 cfu)

Denominazione seminario	CFU	

b) Abilità Informatiche, Stage, Summer School

Denominazione attività	CFU	

c) Ulteriori conoscenze linguistiche

Denominazione certificato o insegnamento	Ente certificatore o Corso di studio	CFU	

Totale

Data: (firma) \_\_\_\_\_

Parere della Commissione:

Data: