**AL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO DI SCIENZE DEL FARMACO**

**AL PRESIDENTE DEL CCS**

**ALLA RESPONSABILE UFFICIO DIDATTICA E SEGRETERIE POLO DI NOVARA**

LORO SEDI

Il/la sottoscritto/a ………………………………………………..…………… matricola n. ………………......................

tel. …………………………..………. iscritto/a nell’A.A. ……………….. al ………… anno del corso della laurea magistrale a ciclo unico in **CHIMICA E TECNOLOGIA FARMACEUTICHE**

**C H I E D E**

di **inserire** nel proprio piano di studio per l’anno accademico………………………. il seguente **ESAME OPZIONALE** (15 CFU):

|  |  |
| --- | --- |
| **ESAME OPZIONALE CTF** | **CODICE** |
|  |  |  |

scelto tra i seguenti presenti in Offerta Didattica a partire dal Regolamento 2015/16 (Ordinamento 2011):

|  |  |
| --- | --- |
| **ESAME OPZIONALE CTF** | **CODICE** |
| **A** | **Chimica organica avanzata e sviluppo di processo e Laboratorio PESF** | **FA0094** |
| **B** | **Biotecnologie alimentari + Analisi e controllo di qualità dei prodotti alimentari** | **FA0043** |
| **C** | **Drug discovery e development: dal target molecolare agli studi clinici** | **FA0095** |
| **D** | **Aspetti tecnologici e normativi dei prodotti medicinali e economia e regolazione del farmaco** | **FA0040** |

Novara, ………………………….. ………………………………………………………

 Firma del richiedente