



UNIVERSITÀ DI PISA

DIPARTIMENTO DI FARMACIA

Via Bonanno, 6  
56126 PISA

tel. 050-2219502  
fax 050-2219608

Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,  
chiede che il periodo di tesi iniziato in data \_\_\_\_\_ con  
termine previsto per il \_\_\_\_\_ (avviato sulla base della  
convenzione stipulata in data \_\_\_\_\_ fra Dipartimento di Farmacia e  
\_\_\_\_\_ ),

**venga prorogato**

fino al \_\_\_\_\_ per il completamento/approfondimento del relativo progetto  
formativo, come di seguito motivato:

---

---

---

---

data

Firma tesista

---

Timbro e firma tutor struttura ospitante

---

(Cognome \_\_\_\_\_)

(Nome \_\_\_\_\_)

Timbro e firma tutor accademico per accettazione

---

(Cognome \_\_\_\_\_)

(Nome \_\_\_\_\_)