

AREA FARMACEUTICA
PROGRAMMA ERASMUS + PER STUDIO
A.A. 2016/2017

Firenze _____
DATA

NOME STUDENTE: _____

MATRICOLA: _____

CORSO DI LAUREA _____

Il docente _____

presa visione del programma e dei crediti didattici del corso:

presso l'Università estera:

lo ritiene TOTALMENTE equipollente al corso di:

lo ritiene PARZIALMENTE equipollente al corso di:

(crediti riconosciuti _____ CFU) e prevede pertanto che lo studente
svolga un colloquio integrativo al suo rientro sui seguenti argomenti:

Firma
