

AREA FARMACEUTICA  
PROGRAMMA ERASMUS + PER STUDIO

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

\_\_\_\_\_