

Los que suscriben:

D. _____

D. _____

D. _____

Profesores del Dpto. de _____

aceptan la dirección de la
tesina del solicitante.

Granada, de _____ de
El/Los director/es de la *tesina*

D./D^a _____
alumno de la Facultad de Farmacia, con domicilio en la
calle _____
con DNI/Pasaporte n^o _____ ,
tlfno. _____ , correo electrónico:

EXPONE

Que desea obtener el GRADO DE LICENCIADO ,
modalidad Tesina, (Orden de 30 de Junio 1981, BOE núm.
207 de 29 de Agosto), para la Licenciatura en:

Farmacia.

haciendo constar:

Que es alumno de 5º curso, último de carrera.

Que tiene cursadas y aprobadas todas las
asignaturas del periodo de Licenciatura

Vº Bº EL DEPARTAMENTO

VºBº EL DECANO

(TÁCHESE LO QUE PROCEDA)

Que desea realizar los trabajos y estudios de su tesina,
en los laboratorios del Departamento de _____

bajo la dirección de los profesores ya indicados, y sobre el
siguiente *tema*:

Por lo que SOLICITA se le conceda la correspondiente
autorización.

Granada, de _____ de _____

Fdo.....