

Dichiara, altresì, di aver preso accordi con il prof. _____
del Dipartimento di Farmacia per lo svolgimento della tesi presso: (Barrare una delle seguenti scelte)

- il Dipartimento di afferenza del relatore;
- la seguente struttura esterna: * (Dati completi della struttura esterna compreso indirizzo)

Azienda/Università _____

Tutor _____

A partire dal _____;

- la seguente struttura all'estero: * (Dati completi della struttura estera ospitante)

Azienda/Università _____

Tutor _____

Periodo dal _____ al _____.

e si impegna a sottoporsi alla prevista visita medica obbligatoria.

lo studente

Timbro e firma
del Responsabile della struttura esterna

il Relatore

Napoli,

Informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 679/2016 recante norme sul trattamento dei dati personali.

I dati raccolti con il presente modulo sono trattati ai fini del procedimento per il quale vengono rilasciati e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo e comunque nell'ambito delle attività istituzionali dell'Università degli Studi di Napoli Federico II. Titolare del trattamento è l'Università, nelle persone del Rettore e del Direttore Generale, in relazione alle specifiche competenze. Esclusivamente per problematiche inerenti ad un trattamento non conforme ai propri dati personali, è possibile contattare il Titolare inviando una email al seguente indirizzo: ateneo@pec.unina.it; oppure al Responsabile della Protezione dei Dati: rpd@unina.it; PEC: rpd@pec.unina.it. Per qualsiasi altra istanza relativa al procedimento in questione deve essere contattato invece il seguente indirizzo mail direzione.dip.farmacia@unina.it

PEC: direzione.dip.farmacia@pec.unina.it All'interessato competono i diritti di cui agli artt. 15-22 del Regolamento UE. Le informazioni complete, relative al trattamento dei dati personali raccolti, sono riportate sul sito dell'Ateneo: <http://www.unina.it/ateneo/statuto-e-normativa/privacy>

RISERVATO AL REFERENTE PER LA SORVEGLIANZA SANITARIA

L'istanza presentata dallo studente viene presa in carico ai fini della richiesta di visita medica obbligatoria, indispensabile per lo svolgimento della tesi sperimentale.

Napoli, _____

Il Referente

RISERVATO ALLA COMMISSIONE PER LE ASSEGNAZIONI

L'istanza

- è accolta e lo studente è ammesso a frequentare i laboratori del Dipartimento di Farmacia, sotto la guida del prof. _____
- non è accolta per le seguenti motivazioni:

Napoli,

IL DIRETTORE