

**ISTANZA DI ASSEGNAZIONE TESI SPERIMENTALE IN
FARMACIA**

Al Coordinatore della Commissione di
Coordinamento Didattico di Farmacia

matr. _____/_____

Io sottoscritt _____, nato/a a _____
il _____, residente a _____
in via _____ e-mail (studenti.unina) _____
cell _____ iscritt per l'a.a. _____/_____ al _____ anno del

Corso di Studi in Farmacia,

C H I E D E

l'assegnazione della tesi sperimentale.

Dichiara, all'uopo di avere in debito i seguenti esami:

_____	cfu	_____
_____	cfu	_____
_____	cfu	_____
_____	cfu	_____
_____	cfu	_____
_____	cfu	_____
_____	cfu	_____
_____	cfu	_____
_____	cfu	_____
_____	cfu	_____

Dichiara, altresì, di aver preso accordi con il prof. _____

del Dipartimento di Farmacia per lo svolgimento della tesi presso: (Barrare ed apporre le firme richieste per una delle seguenti scelte)

☐ il Dipartimento cui afferisce il docente

Io Studente

il Relatore

☐ la seguente struttura esterna (altro Dipartimento Universitario oppure ente di ricerca italiano pubblico o privato. Inserire i dati completi della struttura esterna compreso indirizzo e la data di inizio dell'attività): _____

Io Studente

il Relatore

Timbro e firma
del Responsabile della struttura esterna

- ☐ la seguente struttura straniera (indirizzo completo della sede di svolgimento della ricerca) nell'ambito di vigenti accordi Erasmus o convenzioni/accordi di ricerca: _____

lo Studente

il Relatore

e si impegna a sottoporsi alla prevista visita medica obbligatoria prima dell'inizio delle attività.
L'inizio e la fine delle attività di laboratorio andranno comunicate all'All'Ufficio Area Didattica del Dipartimento di Farmacia utilizzando gli appositi Modelli "Inizio Attività di Laboratorio" e "Fine Attività di Laboratorio".

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 DI COORDINAMENTO DIDATTICO

L'istanza

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

Napoli,

IL COORDINATORE