****

**Scuola di Scienze della Salute Umana**

Al Presidente del Corso di Laurea in Farmacia

l . sottoscritt . \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ iscritt . al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_anno del Corso di Laurea in Farmacia

dichiara di iniziare la propria tesi di laurea sotto la guida del Prof. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Titolo della tesi: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il lavoro di tesi inizierà a partire dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*presso il Dipartimento di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*questo dato non è necessario per la tesi compilativa

Firma dello studente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si indicano, quali possibili correlatori:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Relatore Firma del Presidente del CdS per presa visione

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

*Ai sensi della normativa vigente sulla tutela della privacy, si autorizza la Presidenza della Scuola di Scienze della Salute Umana alla diffusione dei dati personali sottoindicati. \*\**

Firma dello studente

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*\*\* Nel rispetto del Regolamento sulla tutela dei dati personali emanato dall’Università degli Studi*

*di Firenze, il trattamento dei dati personali avverrà ad esclusivo uso inerente l’inserimento nel*

*mondo del lavoro ovvero la partecipazione a incontri, manifestazioni, riunioni aventi per oggetto*

*tematiche connesse all’ambito universitario e/o alle prospettive occupazionali post-universitarie.*

Dati personali

Indirizzo postale:

Tel.:

Fax:

e-mail: