



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
FIRENZE
Scuola di
Scienze della
Salute Umana

Scuola di Scienze della Salute Umana

Al Presidente del Corso di Laurea in Farmacia

Io 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: