



SCUOLA DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE

Tesi di Diploma
Dichiarazione di Consultabilità e Riproducibilità

(Legge 22 aprile 1941 n. 633, modificata dalla Legge 21 maggio 2004 n. 128, artt. 12-13 e s.m.i.)

Scrivere in stampatello

Il/La sottoscritto/a _____

Residente in Via/Piazza _____

Prov. _____ CAP _____ Città _____

Tel. _____ Cell. _____ E-Mail _____

Autore della tesi dal titolo:

Relatore Dott. _____

_____ Corso di Formazione Specifica di cui alla DGRV _____

Polo didattico-formativo di _____ Anno accademico

Dichiara che a partire dal giorno _____ la propria Tesi è

- ☐ Riproducibile totalmente per motivi di studio
☐ Riproducibile parzialmente, per motivi di studio, per le seguenti parti:

- ☐ Consultabile, ma non riproducibile
☐ Non consultabile

Data _____

Firma del Medico in Formazione

I dati personali saranno trattati nel rispetto del Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali".

SPAZIO RISERVATO AL PERSONALE DEL COORDINAMENTO REGIONALE

Timbro e Firma _____