



Università di Catania

Dipartimento di Scienze del Farmaco

MODULO RICHIESTA TESSERINO

DI RICONOSCIMENTO PER LA FREQUENZA AL DIPARTIMENTO

Tesista

Dottorando

Contrattista

Assegnista

Altro

Prof responsa:

CdLS e matr.

Cognome

Nome

Nato/a

il

Residente

Cap.

Via (provincia).....

Recapito telefonico

E-MAIL

Presunta data di laurea

Da compilare a cura del personale tecnico

Scadenza Tesserino

Data di visita medica.....

Prossimo controllo

Consenso al sensi della legge 675/96

Dichiaro di aver preso visione e di accettare i termini di legge sul trattamento dei dati personali

Ai sensi dell'art. 11 della legge 675/96, recante disposizioni a tutela delle persone e degli altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, il richiedente fornisce il consenso al trattamento dei propri dati personali al fine di essere informato sulle attività del Dipartimento di Scienze del Farmaco. Tali dati non potranno essere comunicati a terzi. Il richiedente potrà in qualsiasi momento consultare, far modificare i suoi dati ed opporsi al loro utilizzo, nonché esercitare i suoi diritti di cui all'art 13 della legge.

VISTO: Il prof Responsabile

SI AUTORIZZA: Il Direttore

Dichiaro di aver ricevuto il cartellino in data

firma

(all.1)

