



**MODULO CONSEGNA TESI DI LAUREA/DOTTORATO
DICHIARAZIONE DI CONSULTABILITÀ E RIPRODUCIBILITÀ**

Il/La sottoscritto/a _____ matr. _____
(COGNOME E NOME)

Residente a _____ Prov. _____

Via _____ CAP _____

Tel. _____ Cell. _____ email _____

Identificato/a con documento _____, n° _____
(Carta di Identità o Documento di riconoscimento equipollente)

rilasciato da _____ valido fino al _____

Autore della tesi: Laurea specialistica Laurea Magistrale / Ciclo Unico
 Scuola Specializzazione Patologia Clinica Dottorato Master

Dal titolo _____

Relatore _____ Corso di laurea _____

Dipartimento _____ Anno accademico _____

DICHIARA che la tesi trasmessa è conforme a quella discussa / o da discutere in seduta di laurea.

AUTORIZZA che a partire dal giorno (successivo alla data di laurea) _____ la propria tesi è:

Consultabile ma non riproducibile.

Riproducibile parzialmente per comprovati motivi di studio per le seguenti parti (inserire gli intervalli da pagina a pagina):

Riproducibile in toto per comprovati motivi di studio.

Data _____ Firma dello studente _____

Si allega fotocopia del documento di riconoscimento.