



## SCUOLA DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE

## RICHIESTA CONSULTAZIONE TESI DI DIPLOMA

---

Scrivere in stampatello

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Residente in Via /Piazza \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Titolo della Tesi da consultare \_\_\_\_\_

---

---

Autore \_\_\_\_\_ Relatore \_\_\_\_\_

Corso di Biennale/Triennale di Formazione Specifica di cui alla DGRV \_\_\_\_\_

Anno \_\_\_\_\_

Motivazione \_\_\_\_\_

---

Essendo il copyright di questa tesi di proprietà dell'autore, (L. 633/41; DL 22 marzo 2004, n. 72, coordinato con la legge di conversione 21 maggio 2004, n. 128 e s.m.i.), il richiedente la consultazione si impegna formalmente:

- a citare la Tesi con i suoi dati bibliografici completi in ogni caso di utilizzo anche marginale di informazioni da essa provenienti;
- a non riprodurre la Tesi o parti di essa in alcun modo, né meccanicamente (es. fotocopie), né elettronicamente (es. copia o trasferimento files), né manualmente, senza il preventivo permesso scritto dell'autore depositato presso l'Archivio Tesi.

Data, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_