

CORSO DI LAUREA MAGISTRALE IN MEDICINA E CHIRURGIA

Coordinatore: Prof. Roberto Bianco

MODULO 2 – RICHIESTA DI MODIFICA DELL'ASSEGNAZIONE TESI

1. Dati dello studente

Nome e Cognome: _____

Matricola: _____

Anno Accademico di immatricolazione: _____ / _____

E-mail istituzionale: _____

2. Modifiche richieste

Il/La sottoscritto/a comunica che, su richiesta dello studente e d'intesa con il/i docente/i interessato/i, si richiede l'aggiornamento dell'assegnazione della tesi di laurea.

Tipologia della tesi

☐ Compilativa ☐ Sperimentale

Modifiche richieste

(Barrare e compilare esclusivamente i campi interessati)

☐ **Cambio Reparto / D.A.I. / U.O.**

Da: _____

A: _____

☐ **Cambio Relatore**

Relatore precedente

Nome: _____

SSD: _____

Nuovo Relatore

Nome: _____

SSD: _____

☐ Modifica del titolo provvisorio della tesi

Nuovo titolo:

3. Dichiarazione

I docenti interessati dichiarano di essere a conoscenza delle modifiche richieste e di aver informato lo studente sulle modalità e sulle tempistiche previste per i successivi adempimenti amministrativi.

Lo studente è tenuto a conservare copia della presente richiesta e della documentazione relativa al percorso di laurea.

Napoli, ____ / ____ / ____

Nuovo Relatore

(Firma digitale del nuovo Relatore)

Relatore precedente (o attuale, se non è variato)

(Firma digitale del Relatore precedente)

Informativa sul trattamento dei dati personali

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR), i dati personali conferiti con il presente modulo sono trattati dall'Università degli Studi di Napoli Federico II esclusivamente per le finalità connesse alla gestione del procedimento amministrativo cui il modulo si riferisce e nell'ambito delle proprie attività istituzionali.

Titolare del trattamento è l'Università degli Studi di Napoli Federico II. Per informazioni sul trattamento dei dati personali è possibile contattare il Responsabile della Protezione dei Dati (RPD) all'indirizzo **rpd@pec.unina.it**.