

Al Direttore del Dipartimento di
Farmacia-Scienze del Farmaco

Oggetto: Richiesta di autorizzazione a frequentare il Dipartimento di Farmacia-Scienze del Farmaco

Visto il "Regolamento per laureati frequentatori dell'Università degli Studi di Bari Aldo Moro" - D. R. n. 3913 del 16 novembre 2015, il/la sottoscritto/a _____, nato/a a _____ il _____, Cod. Fisc. _____ laureato/a presso il Dipartimento di _____ dell'Università _____ in data _____

CHIEDE

di essere autorizzato/a a frequentare il Dipartimento di Farmacia-Scienze del Farmaco e nello specifico _____ sotto la guida _____ per completare le attività _____, per un periodo di formazione e/o ricerca al fine di migliorare le proprie competenze professionali, dal _____ al _____.

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver preso visione del Codice Etico dell'Università degli Studi di Bari Aldo Moro, di essere consapevole che la frequenza non dà luogo all'instaurazione di alcun tipo di rapporto di lavoro e che il dipartimento può stabilire un contributo a carico del richiedente a copertura dei costi connessi con l'attività da svolgere.

Il/La sottoscritto/a autorizza al trattamento dei propri dati personali per le finalità connesse alla presente.

Bari, _____

Il Richiedente _____

Visto (Firma del Docente Tutor) _____

Parere positivo espresso dal Consiglio di Dipartimento del _____

Il Direttore
prof. Francesco Leonetti