

 DIPARTIMENTO DI

 BIOSCIENZE, BIOTECNOLOGIE E

 BIOFARMACEUTICA

**Al Direttore**

**del Dipartimento di Bioscienze,**

**Biotecnologiee Biofarmaceutica**

**Università degli Studi di Bari "AldoMoro”**

***Oggetto***: Richiesta di autorizzazione a frequentare il Dipartimento di Bioscienze, Biotecnologie e Biofarmaceutica

Visto il Regolamento per Laureati Frequentatori, Emanato con ***D.R. n. 3913 del 16.11.2015***, con la presente, il/la sottoscritta\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato/aa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in possesso del seguente titolo di studio (specificare se Laurea di I o II livello) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ conseguito in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso l’Università degli Studi di Bari Aldo Moro;

***CHIEDE***

di essere autorizzato/aa frequentare il Dipartimento di Bioscienze, Biotecnologie e Biofarmaceutica, dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, per un periodo di formazionee/o ricerca al fine di migliorare le proprie competenze professionali.

Il/Lasottoscritto/a dichiara di aver preso visione del Codice Etico dell’Università degli Studi di Bari e di rispettare quanto ivi disposto.

Autorizza al trattamento dei propri dati personali per le finalità connesse alla presente.

Bari, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ; Il Richiedente (Firma)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

**(Nome e Cognome del Docente Tutor)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;**

**Visto (Firma del DocenteTuror) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;**

----------------------------------------<<<<<<>>>>>>----------------------------------------

Parere positivo espresso da Consiglio di Dipartimento nella seduta del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Il Direttore del Dipartimento)

Copia della presente, sottoscritta dal Direttore del Dipartimento, unitamente a n.2 fototessera, dovrà essere consegnata all’Area Servizi agli Studenti del Dipartimento per gli Studenti e la formazione post laurea, Palazzo Ateneo, ingresso Piazza Umberto, piano terra (dott.ssa Mariella Del Medico).