

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI NAPOLI FEDERICO II
Dipartimento di Medicina Clinica e Chirurgia
Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia

Prot. : _____

Data : _____

Alla Commissione Tesi di Laurea

Materia : _____

Si comunica che allo studente (Nome Cognome) : _____

Matricola : _____ , Telefono N° : _____ , e-mail: _____

è stata **Assegnata** la tesi :

Sperimentale

Compilativa

dal titolo : _____

Relatore Prof. : _____

Relatore Prof.
(Timbro e Firma)

Informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 679/2016 recante norme sul trattamento dei dati personali.

I dati raccolti con il presente modulo sono trattati ai fini del procedimento per il quale vengono rilasciati e verranno utilizzato esclusivamente per tale scopo e comunque , nell'ambito delle attività istituzionali dell'Università degli Studi di Napoli Federico II. All'interessato competono i diritti di cui agli artt. 15 - 22 del Regolamento UE.

Titolare del trattamento è l'Università , nelle persone del Rettore del Direttore Generale, in relazione alle specifiche competenze. Esclusivamente al fine di segnalare eventuali violazioni nel trattamento dei propri dati personali, è possibile contattare il Titolare al seguente indirizzo: ateneo@pec.unina.it; oppure il Responsabile della Protezione dei Dati : rpd@unina.it; PEC: rpd@pec.unina.it

Per le informazioni e/o eventuali chiarimenti sul presente procedimento, si chiede invece di scrivere al seguente indirizzo: presmed@unina.it