



UNIVERSITÀ
di VERONA

Direzione
DIDATTICA
E SERVIZI AGLI STUDENTI

Marca da
bollo
valore
vigente
16 €

AL RETTORE MAGNIFICO
DELL'UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI VERONA

Matricola n. _____

Il sottoscritto _____

nato a _____ il _____

chiede di essere ammesso a sostenere l'esame finale di laurea in:

nella sessione _____

Relatore: _____

Titolo della tesi:

Ultimo indirizzo di residenza completo di via/piazza, numero civico, CAP, città

e-mail (*diversa da quella istituzionale*): _____

Cellulare: _____

Verona, _____

firma _____

CLAUSOLA DI CONSENSO

(Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali")

A seguito dell'entrata in vigore del Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali, il trattamento dei dati degli studenti da parte delle Università è sottoposto a particolari vincoli di riservatezza. E' quindi necessario l'espresso consenso dell'interessato affinché l'Amministrazione Universitaria possa divulgare i dati anagrafici e di laurea/diploma ad Imprenditori, Associazioni di categoria, Enti, Ditte, Agenzie ed altri soggetti privati che ne facciano richiesta per selezione e corsi di formazione, ai fini di un successivo inserimento professionale.

Si chiede, pertanto, di esprimere il proprio **CONSENSO/DISSENSO** completando i dati riportati nel sottostante riquadro.

IL SOTTOSCRITTO

AUTORIZZA

l'Amministrazione Universitaria a divulgare le notizie di cui sopra, a norma del Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, art. 23;

NON AUTORIZZA

la divulgazione dei propri dati anagrafici e di laurea in quanto non desidera che il proprio nominativo compaia in elenchi richiesti dai soggetti di cui sopra.

DATA _____

FIRMA LEGGIBILE DEL LAUREANDO

PARTE RISERVATA ALLA SEGRETERIA

In data _____ è stata inserita negli archivi elettronici nella Segreteria la volontà sopra manifestata

L'ADDETTO DI SEGRETERIA

CERIMONIE DI LAUREA
ASSUNZIONE DI RESPONSABILITÀ

MATRICOLA N. _____

IO SOTTOSCRITTO _____

LAUREANDO IN _____

mi impegno a tenere un comportamento corretto e conforme alla dignità del momento istituzionale relativo al conseguimento della Laurea e mi assumo altresì ogni responsabilità per eventuali danni provocati, da amici e familiari presenti alla cerimonia, all'interno e all'esterno degli edifici universitari.

In particolare mi impegno ad evitare:

- 1) il lancio di farina, uova, coriandoli e altri prodotti che possono sporcare o danneggiare, portici, strade;
- 2) l'abbandono di bottiglie o altri oggetti al di fuori degli appositi contenitori;
- 3) l'affissione sui muri di locandine, foto, messaggi di alcun tipo;
- 4) gli schiamazzi e i cori che possono disturbare il regolare svolgimento delle attività didattiche e di ricerca in corso e il diritto alla quiete dei residenti;
- 5) l'uso di petardi che, oltre a disturbare gravemente la quiete, possono provocare gravi incidenti alle persone.

Qualora si verificassero comportamenti contrari all'impegno sottoscritto, mi assumo ogni responsabilità civile e amministrativa per i danni arrecati.

Data, _____

Firma _____

**RISERVATO AGLI STUDENTI DEL CORSO DI LAUREA MAGISTRALE A CICLO
UNICO IN MEDICINA E CHIRURGIA**

IL SOTTOSCRITTO _____

RICHIEDE

PERGAMENA DI LAUREA IN VERSIONE STANDARD (stampa digitale su carta)

PERGAMENA DI LAUREA IN VERSIONE DE LUXE
(composizione tipografica a mano e stampa a torchio su carta pregiata)

**Chi sceglie il diploma versione De Luxe dovrà versare € 70, entro 10 giorni
dalla laurea, mediante bonifico bancario sul seguente conto:**

Conto corrente Unicredit intestato a "Cooperativa sociale centro di lavoro San
Giovanni Calabria"

Codice Fiscale e P.IVA: 00637590233

IBAN: IT33C0200811796000005004784

Causale: "Stampa diploma di laurea – *(nome e cognome del laureando)*"

DATA _____

FIRMA LEGGIBILE DEL LAUREANDO
