

CONSIGLIO DEL CORSO DI STUDIO
IN BIOLOGIA MOLECOLARE E DELLA SALUTE

**PROGETTO DI TESI SPERIMENTALE DA SVOLGERE IN LABORATORI
EXTRAUNIVERSITARI**

Tesista

Cognome e nome _____

Luogo e data di nascita _____

Residente in _____ Via _____ n. _____

E-mail: _____ Matricola: _____

Anno di corso _____ Relatore, Tutor, assegnato dal corso di laurea _____

Azienda ospitante (Sede di svolgimento delle attività di tesi)

Denominazione: _____

Indirizzo: _____

Settore produttivo di attività: _____

Responsabile Servizio di prevenzione e protezione: _____

E-mail: _____

Correlatore, Tutor aziendale, cui è stato assegnato il tesista

Cognome e nome _____

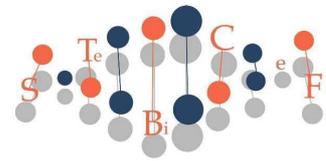
Qualifica _____

Recapito telefonico _____

E-mail _____

Dettagli delle attività di tesi

- Periodo di tesi (giorno di inizio e data presuntiva di fine) _____
- Ore settimanali previste _____



CONSIGLIO DEL CORSO DI STUDIO
IN BIOLOGIA MOLECOLARE E DELLA SALUTE

- Area culturale di inserimento del tesista _____

- Progetto formativo (dettagliare brevemente approccio sperimentale)

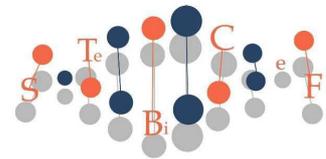
Indicazioni per lo studente tesista

- Seguire le indicazioni dei Tutor e fare riferimento ad essi per qualsiasi esigenza di tipo organizzativo od altre evenienze;
- Rispettare gli obblighi di riservatezza circa i processi produttivi o altre notizie relative all'azienda di cui venga a conoscenza, sia durante che dopo lo svolgimento della tesi;
- Rispettare i regolamenti aziendali e le norme d'igiene e sicurezza.

Polizze assicurative valide per il tesista nel luogo di svolgimento della tesi

Infortunio su lavoro INAIL: Copertura infortuni assicurata mediante la forma di "gestione per conto dello Stato".

Responsabilità civile: Unipol Sai Assicurazioni - Polizza n. **174871167/1**;



CONSIGLIO DEL CORSO DI STUDIO
IN BIOLOGIA MOLECOLARE E DELLA SALUTE

Infortunati cumulativa: Unipol Sai Assicurazioni - Polizza n. **174869506**

Consenso al trattamento dei dati

Con l'apposizione della firma del correlatore della tesi si esprime il consenso al trattamento dei dati personali del tesista da parte del soggetto ospitante, in applicazione alla Legge n. 196/ 2003 e successive modifiche ed integrazioni.

Palermo _/___/_____

Firma per presa visione e accettazione del tesista _____

Firma del Relatore della tesi _____

Firma del Correlatore della tesi _____

Firma del Coordinatore del Corso di Laurea _____