



RICHIESTA TESI DI LAUREA

Nome e Cognome _____
Luogo di nascita _____
Data di nascita _____
Indirizzo di residenza _____
Anno di iscrizione (II, III, FC...) _____

CHIEDE DI ESSERE AMMESSO/A SVOLGERE IL TIROCINIO PER LA TESI

Anno Accademico di Laurea _____
Sessione di Laurea _____
Docente relatore _____
Laboratorio _____

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 DPR 28 dicembre 2000, n°445, nel caso di mendaci dichiarazioni, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi, contenenti dati non più rispondenti a verità, sotto la propria responsabilità, dichiara di aver sostenuto, tutti gli esami e tutte le attività programmate per il 1° e 2° anno di corso e che, nel dettaglio, la propria situazione didattica è alla data odierna, quella riportata nel documento allegato (Allegato 1/a)

Lo studente/La studentessa

SPAZIO PER L'AUTORIZZAZIONE DA PARTE DEL DOCENTE/RELATORE

Il/La sottoscritta Prof./Prof.ssa _____

Sulla base di quanto dichiarato dallo studente/studentessa, fornisce il proprio consenso alla frequenza del laboratorio e ad ogni attività necessaria alla preparazione della tesi

Data ____/____/____

Firma



Dipartimento di Medicina e Chirurgia
Corso di Laurea in Tecniche di Laboratorio Biomedico

Allegato 1/a

Anno / Semestre	INSEGNAMENTO/ATTIVITA	CFU	Voto
I/1°	SCIENZE FISICHE, INFORMATICHE E DELLE MISURAZIONI	6	
I/1°	SCIENZE BIO-MORFOLOGICHE	8	
I/1°	CHIMICA GENERALE E LABORATORIO DI CHIMICA	5	
I/1°	LINGUA INGLESE	3	
I/2°	BIOLOGIA MOLECOLARE E FISIOLOGIA	3	
I/2°	SCIENZE MICROBIOLOGICHE 1	5	
I/2°	BIOCHIMICA E BIOCHIMICA CLINICA	6	
I/2°	STATISTICA E METODOLOGIA DELLA RICERCA	3	
I/2°	ALTRE ATTIVITA' I ANNO	2	
I/2°	LABORATORIO PROFESSIONALE I ANNO	1	
I/2°	TIROCINIO PROFESSIONALE I ANNO	20	
II/1°	SCIENZE DELLA PATOLOGIA UMANA	9	
II/1°	SCIENZE MICROBIOLOGICHE 2	7	
II/2°	MET. DIAGNOSTICHE DI IMMUNOEMATOL. E MEDICINA TRASFUSIONALE	4	
II/2°	PROMOZIONE ALLA SALUTE, SICUR. E GESTIONE DEI MATERIALI BIOLOGICI	4	
II/2°	METODOLOGIE DIAGNOSTICHE DI ANATOMIA PATOLOGICA	8	
II/2°	ALTRE ATTIVITA' II ANNO	2	
II/2°	LABORATORIO PROFESSIONALE II ANNO	1	
II/2°	TIROCINIO PROFESSIONALE II ANNO	23	
III/1°	DIAGNOSI DELLE MALATTIE GENETICHE ED EMATOLOGICHE	6	
III/1°	GESTIONE ED ORGANIZZAZIONE DEI PERCORSI DIAGNOSTICI	6	
III/1°	SCIENZE FARMACOLOGICHE	5	
III/2°	SCIENZE CLINICHE	5	
III/2°	STORIA, DIRITTO ED ORGANIZZAZIONE AZIENDALE	6	
III/2°	ATTIVITA' A SCELTA DELLO STUDENTE	6	
III/2°	ALTRE ATTIVITA' III ANNO	2	
III/2°	LABORATORIO PROFESSIONALE III ANNO	1	
III/2°	TIROCINIO PROFESSIONALE III ANNO	17	

Dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.10, legge 675/96 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa

Il/La Laureando/Laureanda

Il/La Relatore/Relatrice

Tutti gli studenti del Corso di Laurea in Tecniche di Laboratorio Biomedico, apponendo la propria firma per la richiesta di tesi, si uniformano al principio di privacy e riservatezza in ogni fase della sperimentazione e/o di stesura dell'elaborato.