

**CONSEGNA MICROFICHE
SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE**

Matr. n°

Al Rettore dell'Università degli Studi di Milano – Bicocca

Il/La sottoscritto/a,
ammesso/a a sostenere l'esame di diploma della Scuola di Specializzazione in,
nella sessione dell'anno
accademico /

dichiara

di AUTORIZZARE LA CONSULTAZIONE:

SI' NO

della propria tesi di specializzazione, depositata in Biblioteca, da parte di chi ne faccia richiesta.

Visto il relatore

Il/La sottoscritto/a dichiara inoltre, sotto la sua personale responsabilità che la tesi consegnata sotto forma di microfiche è **completa** in ogni sua parte ed è **conforme** alla copia da presentare per la discussione, secondo le modalità prescritte dall'Università degli Studi di Milano – Bicocca. Dichiara inoltre di essere consapevole che saranno effettuati controlli in merito e che eventuali discordanze riscontrate comporteranno l'esclusione dall'esame di specializzazione.

Milano, (firma)

RECAPITO:

Via Città

C.A.P. Tel. E-mail@campus.unimib.it

RICEVUTA CONSEGNA MICROFICHE (Scuole di Specializzazione)

Data Scuola di Specializzazione Matricola

COGNOME NOME