

**SCHEDA INFORMATIVA PER I LAUREATI IN:
"EDUCAZIONE PROFESSIONALE NEI SERVIZI SANITARI"
DA CONSEGNARE ENTRO LA DATA DELLA LAUREA**

NUMERO MATRICOLA _____

Cognome: _____ Nome: _____

Via / Piazza: _____ n.: _____ C.A.P.: _____

Città: _____ Provincia: _____

Nato/a a: _____ il: _____

Tel. Abitazione: _____ Tel. Lavoro: _____

Cell.: _____ E-mail: _____

Diploma di Scuola Media Superiore _____

Mese e Anno Diploma di Scuola Media Superiore: _____ Voto: _____

Data Laurea in: "Educazione Professionale nei servizi sanitari": _____

Voto: _____ **(IL VOTO VERRÀ INSERITO DALLA SEGRETERIA)**

=====

TITOLO DELLA TESI: _____

RELATORE: _____

=====

Dichiaro, in base al D.Lgs 196/03 del 30/06/03 (Legge sulla riservatezza dei dati personali), di essere a conoscenza che i dati sopra indicati saranno conservati negli archivi cartacei o informatici del C.U.R., e di essere informato sui miei diritti in merito ai dati trasmessi secondo quanto disposto dal D.Lgs 196/03 del 30/06/03.

Data _____

Firma _____

IMPORTANTE: Consento inoltre, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs 196/03 del 30/06/03, che gli stessi dati siano trasmessi, via fax o per lettera, alle Aziende interessate ad eventuali assunzioni.

Data _____

Firma _____