



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MILANO

MODULO DA COMPILARE E INOLTARE ALL'UFFICIO DOTTORATI UNITAMENTE ALLA CONSEGNA DELLE MICROFICHE

Il/La sottoscritto/a _____ matr. _____

Ammesso a sostenere l'esame di dottorato di ricerca in: _____

_____ nell'anno accademico 2009/2010

dichiara (*) di AUTORIZZARE/NON AUTORIZZARE LA CONSULTAZIONE

della propria tesi di dottorato di ricerca, depositata presso l'Archivio Tesi dell'università degli studi di Milano, da parte di chi ne faccia richiesta.

Visto il Tutore

.....
Il/La sottoscritto/a dichiara inoltre, sotto la sua personale responsabilità, che la tesi consegnata in duplice copia 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. Dichiara inoltre di essere consapevole che saranno effettuati controlli in merito e che eventuali discordanze riscontrate comporteranno l'esclusione dall'esame di dottorato di ricerca.

Milano, _____

Firma

(*) cancellare la voce che non interessa