



**UNIVERSITA' DI PISA**

**PROGETTO DI TESI PRESSO STRUTTURE UNIVERSITARIE ESTERNE AL DIPARTIMENTO DI FARMACIA/AZIENDE E ENTI  
CONVENZIONATI**

Convenzione/Lettera di intenti sottoscritta tra il Dipartimento di Farmacia, d'ora in avanti denominata Struttura Proponente, e \_\_\_\_\_ d'ora in avanti denominato/a Struttura Ospitante, in data \_\_\_\_\_.

**DATI TESISTA**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_ )  
il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_ ) in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_, cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
regolarmente iscritto al Corso di Laurea/Laurea Magistrale in \_\_\_\_\_

**DATI STRUTTURA OSPITANTE**

Denominazione Azienda/Ente \_\_\_\_\_  
Indirizzo: Via \_\_\_\_\_ cap: \_\_\_\_\_ Comune: \_\_\_\_\_  
Provincia ( \_\_\_ ) tel: \_\_\_\_\_ fax: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

**DATI TUTOR**

Tutor della struttura proponente: Prof./Prof.sa: \_\_\_\_\_  
Tel: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_  
Tutor della struttura ospitante: Sig./Dott.: \_\_\_\_\_  
Tel: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

**PROGETTO DI TESI**

Settore di impiego: \_\_\_\_\_  
Breve descrizione dell'attività che sarà svolta durante la tesi:

---

---

---

---

---

**MODALITA' DI SVOLGIMENTO DELLA TESI**

Sede di svolgimento prevalente:

Indirizzo: Via \_\_\_\_\_ cap: \_\_\_\_\_

Comune: \_\_\_\_\_ Provincia ( \_\_\_\_\_ )

Tel: \_\_\_\_\_ fax: \_\_\_\_\_

Eventuale altra sede di svolgimento:

Indirizzo: Via \_\_\_\_\_ cap: \_\_\_\_\_

Comune: \_\_\_\_\_ Provincia ( \_\_\_\_\_ )

Tel: \_\_\_\_\_ fax: \_\_\_\_\_

Durata della tesi:

**Ore totali:** \_\_\_\_\_ **Ore settimanali previste:** \_\_\_\_\_ **Giorni alla settimana previsti:** \_\_\_\_\_

Periodo di svolgimento: dal \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**CREDITI RICHIESTI AL CORSO DI LAUREA/LAUREA MAGISTRALE n.** \_\_\_\_\_

**COPERTURE ASSICURATIVE**

- Assicurazione contro gli infortuni, mediante assicurazione INAIL (Posizione assicurativa per conto dello Stato n°. 3140)
- Assicurazione infortuni con Poste Assicura S.p.A.– polizza n. 90104 – valida dal 01.04.2021 al 30.04.2025
- Assicurazione contro i rischi derivanti da responsabilità civile, con Polizza Unipolsai – polizza n. 177372144, validità fino al 30.04.2025

Il tutor della struttura proponente  
Timbro e firma

\_\_\_\_\_

Il tutor della struttura ospitante  
Timbro e firma

\_\_\_\_\_

**OBBLIGHI DEL TESISTA**

1. Seguire le indicazioni dei tutor;
2. rispettare i regolamenti disciplinari, le norme organizzative di sicurezza e di igiene sul lavoro vigente nell'Ente;
3. mantenere l'obbligo della segretezza durante e dopo la tesi per quanto attiene a prodotti, processi produttivi e ad ogni altra attività o caratteristica dell'azienda ospitante di cui venga a conoscenza durante il tirocinio;
4. richiedere verifica ed autorizzazione per eventuali elaborati o relazioni verso terzi;

Data \_\_\_\_\_

Firma del tesista

\_\_\_\_\_

Per autorizzazione del Direttore

\_\_\_\_\_