

RICHIESTA EMBARGO

(modulo dedicato ai soli Dottori di ricerca che hanno già conseguito il titolo e che desiderano chiedere un prolungamento del periodo di embargo)

Il/La sottoscritto/a

Cognome

Nome

Sesso (M o F)

data di nascita (gg/mm/aaaa)

Comune di nascita

Provincia di nascita (se in Italia)

Stato di nascita (se diverso dall'Italia)

Dottorato di ricerca in

Ciclo

avendo provveduto alla submission nel *repository* di Ateneo IRIS, della propria tesi di dottorato dal titolo e avendo già fruito di 12 mesi di embargo della tesi

il cui supervisore è il Prof

dell'Ateneo

essendo a conoscenza

- che l'Università degli Studi di Trieste ha l'obbligo di provvedere, per via telematica, al deposito di legge delle tesi di Dottorato presso le Biblioteche Nazionali di Roma e Firenze, al fine di assicurarne la conservazione e la consultabilità da parte di terzi;
- che l'Università degli Studi di Trieste, dopo il conseguimento del titolo di Dottore di Ricerca, rende immediatamente consultabile in rete il testo completo della tesi di dottorato di cui alla presente richiesta, attraverso il *repository* di Ateneo ad accesso aperto IRIS, nonché attraverso il trasferimento alle predette Biblioteche di Roma e Firenze;

CHIEDE

che la suddetta tesi non sia resa consultabile per un ulteriore periodo di embargo di 12 mesi

(entro un mese dalla scadenza sarà possibile, a domanda, chiedere ulteriori 12 mesi di embargo per un periodo massimo complessivo di 36 mesi dalla data del Diploma)

per il/i seguente/i motivo/i

(selezionare uno o più dei casi elencati nel modello, dando sufficienti indicazioni o supporto del /i motivo/i prescelto/i)

Motivi editoriali

(da specificare nel caso in cui la tesi, interamente o in parte, sia stata sottoposta ad un editore ed è, quindi, in attesa di pubblicazione)

Brevetto

(solo se la richiesta di brevetto è stata già effettuata prima della discussione della tesi. In questo caso si devono specificare gli estremi della domanda di brevetto e l'impegno a comunicarne l'avvenuta registrazione)

Altro

(specificare chiaramente la motivazione)

LUOGO

giorno

mese

anno

LUOGO

giorno

mese

anno

FIRMA AUTOGRAFA DEL DOTTORANDO

FIRMA AUTOGRAFA SUPERVISORE (*)

(*) Non si darà corso a domande prive della firma del Supervisore e della giustificazione.