



Titolo	Classe	Fascicolo
N.	del	
UOR	CC	RPA

AUTORIZZAZIONE

Il sottoscritto Prof. Giuseppe Ferraro, in qualità di Direttore di questo Dipartimento,

- **Vista** la richiesta del Dott. _____ di poter frequentare, sotto la tutela del Prof. _____, i laboratori di ricerca di questo Dipartimento, sollevando il Dipartimento da ogni responsabilità civile e penale in caso di infortunio.
- **Visto** il parere favorevole espresso dal Prof. _____, a svolgere il compito di tutore per il Dott. _____ per tutto il periodo in cui lo stesso frequenterà i laboratori del Dipartimento
- **Vista** la polizza assicurativa che il Dott. _____ ha stipulato con la _____ Assicurazioni S.p.a. per il periodo _____
- **Preso atto** della dichiarazione allegata ai fini del D.Lgs 626/94
- **Preso atto** della delibera del Senato Accademico del 30/11/1978 sulla frequenza volontaria di laureati presso i laboratori dell'Università,

AUTORIZZA

Il Dott. _____ a frequentare i laboratori di questo Dipartimento di Biomedicina, Neuroscienze e Diagnostica Avanzata nel periodo in cui lo stesso è coperto da assicurazione, fermo restando che il Dipartimento è sollevato da ogni responsabilità civile e penale in caso di infortunio e che il Dott. _____ non richiederà alcuna retribuzione per la frequenza dei laboratori del Dipartimento e per le prestazioni ivi effettuate.

Il Direttore del Dipartimento

Prof. Giuseppe Ferraro



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PALERMO

DIPARTIMENTO DI BIOMEDICINA,
NEUROSCIENZE E DIAGNOSTICA
AVANZATA (Bi.N.D.)

Direttore – Prof. Giuseppe Ferraro



Il sottoscritto dr. _____

DICHIARA

che ha ricevuto dal Direttore del Dipartimento di Biomedicina, Neuroscienze e Diagnostica Avanzata tutte le informazioni riguardanti le misure di sicurezza, prevenzione e protezione relative alle attrezzature di laboratorio, da utilizzare nei laboratori del Dipartimento.

Dichiara, inoltre, che si uniformerà alle disposizioni sulla sicurezza e utilizzerà i dispositivi di protezione individuale durante l'attività nei laboratori, nel rispetto della normativa per la sicurezza, e agli obblighi di cui all'art. 5 del D.Lgs. 626/94 e all'art. 20 del DLgs 81/2008.

Palermo, li _____

In Fede

Visto Il Direttore
Prof. Giuseppe Ferraro



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PALERMO

DIPARTIMENTO DI BIOMEDICINA,
NEUROSCIENZE E DIAGNOSTICA
AVANZATA (Bi.N.D.)

Direttore – Prof. Giuseppe Ferraro



Palermo, _____

Il sottoscritto Prof. _____, in relazione alla domanda
presentata dal Dott. _____

DICHIARA

sotto la propria responsabilità di essere disponibile a svolgere il compito di tutor durante il periodo di frequenza del Dott. _____ per l'attività di ricerca presso i laboratori del Dipartimento.

Prof. _____