



Al Dipartimento di
BIOMEDICINA, NEUROSCIENZE E
DIAGNOSTICA AVANZATA (Bi.N.D.)
SUA SEDE

Oggetto: AUTORIZZAZIONE ACCESSO ALLE STRUTTURE DIPARTIMENTALI

Il/La sottoscritto/a , nato/a
a il
in qualità di studente del anno del Corso di Laurea in
.....
matricola:....., email:.....,
tel:.....,

CHIEDE

di frequentare i locali e i laboratori di ricerca del Plesso
di di pertinenza di questo Dipartimento, responsabile
il Prof., per lo svolgimento dell'attività di:

(barrare la casella di proprio interesse)

- ELABORAZIONE TESI DI LAUREA (PROT. N.
DEL, SE GIÀ ASSEGNATA);
- TIROCINIO;
- STUDIO / RICERCA / LABORATORIO SPERIMENTALE-DIDATTICO;
- FREQUENZA VOLONTARIA.

A tal fine il/La sottoscritto/a



DICHIARA

- di aver ricevuto per conto del Direttore del Dipartimento tutte le informazioni riguardanti le misure di sicurezza, prevenzione e protezione relative alle attrezzature da utilizzare;
- che si uniformerà alle disposizioni sulla sicurezza e utilizzerà i dispositivi di protezione individuale durante l'attività nei locali dipartimentali, 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 e successive modifiche;
- che è consapevole del fatto che la copertura assicurativa, per l'intero periodo di frequenza, è a carico dell'Università degli Studi di Palermo ed è quella prevista per gli studenti;

Palermo, li

Il Richiedente

Il Responsabile di Plesso

Il Docente/Il Relatore

.....

.....

.....

AUTORIZZAZIONE ALL'ACCESSO ALLE STRUTTURE DIPARTIMENTALI

Visto, si autorizza.

Il Direttore Prof. Riccardo Alessandro

.....