Al Dipartimento di

MEDICINA DI PRECISIONE IN AREA MEDICA,

CHIRURGICA E CRITICA (Me.Pre.C.C.)

**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 del Plesso - Prof. ........................................................................, Docente/Relatore – Prof. ......................................................................., per lo svolgimento dell'attività di:

(*barrare la casella di proprio interesse*)

☐ ELABORAZIONE TESI DI LAUREA (PROT. N. ................................... DEL ……………, SE GIA' 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;
* *in relazione all'emergenza epidemiologica da COVID-19 in atto*: di aver ricevuto per conto del Direttore del Dipartimento tutte le informazioni riguardanti le disposizioni organizzative e igienico sanitarie per il contrasto e il contenimento della diffusione del Virus SARS-CoV-2, nel rispetto dei protocolli di sicurezza vigenti in Ateneo (<https://www.unipa.it/focus/covid19>);
* *in relazione all'emergenza epidemiologica da COVID-19 in atto*: di conoscere le norme per il contrasto e contenimento della diffusione dell’infezione del Virus SARS-CoV-2 vigenti alla data odierna e di impegnarsi alla loro scrupolosa osservanza.

Palermo, lì ……………

Il Richiedente Il Responsabile di Plesso Il Docente/Il Relatore

....................................................... ....................................................... .......................................................

|  |
| --- |
| AUTORIZZAZIONE ALL'ACCESSO ALLE STRUTTURE DIPARTIMENTALI |
| ***Visto, si autorizza.***  Il Direttore Prof. Giorgio Stassi \*  …………......................................  \* giusta delibera del C.D.D. seduta n. ……... del ………….. |