



**Università
degli Studi
di Palermo**

DIPARTIMENTO SCIENZE AGRARIE,
ALIMENTARI e FORESTALI

Il Direttore – Prof. Portolano Balsassare

SAAF
DIPARTIMENTO
SCIENZE
AGRARIE
ALIMENTARI
FORESTALI

ALLEGATO A

Al Direttore del Dipartimento
Scienze Agrarie, Alimentari e Forestali
Viale delle Scienze, Edificio
90128 Palermo

Oggetto: Richiesta autorizzazione frequenza volontaria del Dipartimento SAAF

..L.. sottoscritto Prof./Dott. _____

CHIEDE

che ..l.. Prof./Dott./Sig. _____

Codice Fiscale _____ nata/o il _____

a _____ Prov. _____, Nazionalità _____

residente in _____ Via/Piazza _____

Qualifica _____

indirizzo e-mail: _____

recapito telefonico _____ cell. _____

VENGA AUTORIZZATO/A ALLA FREQUENZA

del Laboratorio/Studio _____

Responsabile Scientifico/Referente Prof./Dott. _____

dal _____ al _____ per le seguenti finalità:

(OBBLIGATORIO specificare attività/ambito/progetto di ricerca per quanto previsto dal D.Lgs. n° 81/2008 “Testo Unico sulla Salute e Sicurezza sul Lavoro” e dal D.Lgs. n° 230/1995 e ss.mm. in materia di radiazioni ionizzanti).

Si allega: Adesione alla polizza assicurativa civile (RCT) ed infortunio.

Palermo, lì _____

Il Richiedente
Il Docente Tutor