



Titolo	Classe	Fascicolo
N.	del	
UOR	CC	RPA

### AUTORIZZAZIONE FREQUENZA LABORATORI

Il/La sottoscritto/a studente del \_\_\_\_\_ anno del corso di laurea in \_\_\_\_\_ matricola \_\_\_\_\_, chiede di essere autorizzato a frequentare il/i laboratorio/i di ricerca n. \_\_\_\_\_ di questo Dipartimento, di cui è responsabile il Prof. \_\_\_\_\_ per lo svolgimento dell'attività di \_\_\_\_\_, sotto la tutela del Prof. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ e fino al completamento del proprio lavoro.

Dichiara di aver ricevuto dal Direttore del Dipartimento di Scienze e Tecnologie Biologiche, Chimiche e Farmaceutiche 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, \_\_\_\_\_

Firma  
Richiedente

\_\_\_\_\_

Firma  
Responsabile/i di Laboratorio

\_\_\_\_\_

Visto Il Direttore  
Prof. Giovanni Spinelli