



Al Prof. \_\_\_\_\_

Responsabile del Laboratorio di

\_\_\_\_\_

E p.c. Al Direttore di ATeN-Center  
Prof. Antonino Valenza

Il /La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Qualifica \_\_\_\_\_

Indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_ recapito telefonico \_\_\_\_\_

**Chiede**

Di poter frequentare il laboratorio di \_\_\_\_\_

Per \_\_\_\_\_

A partire da (data inizio attività) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a (data fine attività) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

In collaborazione con il Prof. \_\_\_\_\_

A tal fine

**Dichiara**

Di avere ricevuto da parte del responsabile del Laboratorio la formazione e le informazioni inerenti le misure di prevenzione e protezione che devono essere adottate in laboratorio nello svolgimento delle attività sopra descritte.

Il/La sottoscritto/a

**Dichiara inoltre**

- Di aver preso visione delle procedure di sicurezza relative alle attrezzature che si intendono utilizzare;
- Di essere a conoscenza delle azioni da intraprendere in caso di infortunio.

N.B.: (solo per il personale esterno) si impegna, se autorizzato all'accesso, a fornirsi di adeguate coperture assicurative per infortunio e responsabilità civili terzi prima del primo accesso al laboratorio.

Data \_\_\_\_\_

Firma del richiedente

\_\_\_\_\_

Autorizzato in data \_\_\_\_\_

Il Responsabile del laboratorio

\_\_\_\_\_

Visto, si autorizza.  
Il Direttore di ATeN-Center

\_\_\_\_\_