



Ufficio Didattica

**Al Direttore del Dipartimento di Scienze della Salute**

Ufficio Didattica

SEDE

**Oggetto:** richiesta di autorizzazione alla frequenza dei laboratori del Dipartimento - **collaboratori per la ricerca**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_, codice fiscale \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_  
in via \_\_\_\_\_  
cell. \_\_\_\_\_, email \_\_\_\_\_,  
in possesso del seguente titolo di studio \_\_\_\_\_  
conseguito presso \_\_\_\_\_ in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

l'autorizzazione alla frequenza, dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ <sup>(1)</sup>, del/i laboratorio/i di \_\_\_\_\_ con **Responsabile delle Attività Didattiche e di Ricerca** il/la Prof./Prof.ssa/Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_  
al fine di collaborare volontariamente e senza alcuna pretesa di carattere economico alla seguente ricerca: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/00 e consapevole che le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, secondo le disposizioni richiamate dall'art.76 del D.P.R.445/00 dichiara:

di essere in possesso di polizza assicurativa di responsabilità civile verso terzi e contro gli infortuni allegata in copia  
oppure <sup>(2)</sup>

di essere in possesso di polizza assicurativa di responsabilità civile verso terzi e contro gli infortuni sottoscritta:  
a titolo personale/dal seguente Ente di appartenenza <sup>(3)</sup> <sup>(4)</sup> \_\_\_\_\_

Compagnia Assicuratrice \_\_\_\_\_ n.  
\_\_\_\_\_ del \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ decorrenza \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ - \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ ,

Compagnia Assicuratrice \_\_\_\_\_ n.  
\_\_\_\_\_ del \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ decorrenza \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ - \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_



oppure <sup>(2)</sup>

- di impegnarsi a stipulare apposita polizza assicurativa di responsabilità civile e contro gli infortuni, entro 7 gg. dalla comunicazione dell'avvenuta autorizzazione ed in ogni caso prima dell'inizio delle attività e di trasmetterne copia dichiarazione sostitutiva di atto notorio di avvenuta stipula a codesto Dipartimento, pena la decadenza dell'autorizzazione stessa.

- 
- di aver frequentato il corso su sicurezza e protezione da rischio chimico e biologico, organizzato dall'Area Prevenzione e Sicurezza dell'Ateneo, e di aver conseguito il relativo Attestato in data \_\_\_\_\_

oppure <sup>(2)</sup>

- di impegnarsi a frequentare il corso su sicurezza e protezione da rischio chimico e biologico, organizzato dall'Area Prevenzione e Sicurezza dell'Ateneo prima dell'inizio delle attività.

Il/la sottoscritto/a allega alla presente:

- SCHEDA PERSONALE NON STRUTTURATO* con relativa *Informativa resa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Generale della Protezione dei Dati (RPGD – UE) n. 679 del 27 aprile 2016*
- copia fotostatica di un valido documento di identità.

Potenza, \_\_\_\_\_

**Il Responsabile delle Attività Didattiche e  
di Ricerca in Laboratorio**

**Il Richiedente**

---

(1) La presente richiesta deve essere presentata almeno 10 giorni prima della data di inizio del periodo indicato

(2) Barrare solo le caselle che interessano

(3) Depennare la parte che non interessa

(4) Inserire i dati dell'ente sottoscrittore della polizza

**N.B. Il presente modulo va trasmesso all'indirizzo email [diss.didattica@unibas.it](mailto:diss.didattica@unibas.it)**