



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DELLA BASILICATA  
DIPARTIMENTO DI SCIENZE

Al Direttore del Dipartimento di Scienze  
Settore Gestione della Ricerca  
SEDE

**Oggetto:** richiesta di autorizzazione alla frequenza dei laboratori del Dipartimento - **collaboratori esterni alla 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 \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_(1), del/i laboratorio/i di  
\_\_\_\_\_ con **Responsabile delle Attività Didattiche e di Ricerca**  
il Prof./Dott. \_\_\_\_\_ 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 (2)

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 (3) (4) \_\_\_\_\_

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

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



*UNIVERSITA' DEGLI STUDI DELLA BASILICATA*  
*DIPARTIMENTO DI SCIENZE*

oppure (2)

- 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 o 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 (2)

- 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 Richiedente**

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

\_\_\_\_\_

- (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) *depenare la parte che non interessa*
- (4) *inserire i dati dell'ente sottoscrittore della polizza*