



UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI DI TRIESTE

Dipartimento di Scienze Chimiche e Farmaceutiche

Trieste, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Al Direttore del Dipartimento  
di Scienze Chimiche e Farmaceutiche  
**S E D E**

**Oggetto:** richiesta autorizzazione frequenza Dipartimento

Con la presente chiedo che il lavoratore:

DATI ANAGRAFICI			
Cognome e Nome			
Luogo di nascita		Data di nascita	
Residenza o domicilio		C. Fiscale	
Ente o Impresa di provenienza		Telefono privato	
Indirizzo di posta elettronica		Telefono interno	

sia autorizzato a frequentare il Dipartimento dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ in qualità di:

POSIZIONE (contrassegnare)		
<input type="checkbox"/> assegnista	<input type="checkbox"/> borsista	<input type="checkbox"/> ricercatore ospite
<input type="checkbox"/> collaboratore	<input type="checkbox"/> dottorando	<input type="checkbox"/> altro (specificare):
<input type="checkbox"/> laureando tesi sperimentale (specificare) <input type="checkbox"/> C.T.F. <input type="checkbox"/> FARMACIA <input type="checkbox"/> CHIMICA (triennale) <input type="checkbox"/> CHIMICA (specialistica)		

**RESPONSABILE SCIENTIFICO O RELATORE DI TESI** \_\_\_\_\_  
(nome e cognome docente)

L'attività sperimentale del lavoratore si svolgerà principalmente nel laboratorio n. \_\_\_\_\_, sotto mio diretto controllo e responsabilità.

ATTIVAZIONE SORVEGLIANZA SANITARIA
<input type="checkbox"/> il lavoratore ha compilato il modulo ONLINE reperibile alla pagina <a href="http://www2.units.it/prevenzione/sorveglianzasanitaria/personale_questionario.php">http://www2.units.it/prevenzione/sorveglianzasanitaria/personale_questionario.php</a> seguendo le indicazioni per la compilazione e l'invio al Preposto e al Direttore
<input type="checkbox"/> il lavoratore in quanto OSPITE ha compilato il modulo CARTACEO reperibile alla pagina <a href="http://www2.units.it/prevenzione/sorveglianzasanitaria/personale_questionario.php">http://www2.units.it/prevenzione/sorveglianzasanitaria/personale_questionario.php</a> e dopo le firme del Preposto e del Direttore ha provveduto a inviare il modulo (solo i fogli 2 e 3) in busta chiusa via posta interna al Servizio Prevenzione, Protezione e Disabilità, sede

**IL PREPOSTO:** \_\_\_\_\_ **Firma** \_\_\_\_\_  
(nome e cognome)

**Visto** (solo per la sede di piazzale Europa 1)

IL DELEGATO

Prof.ssa Cynthia EBERT

**Si autorizza**  
IL DIRETTORE  
Prof. Silvano GEREMIA

FOTOTESSERA