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

 **Al Direttore del**

 **Dipartimento di Scienze Chimiche e Farmaceutiche**

**Oggetto:** richiesta autorizzazione frequenza Dipartimento

# DICHIARAZIONE DEL RICHIEDENTE

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Cognome e Nome  |   |  |
| Luogo di nascita  |   | Data di nascita  |   |
| Residenza o domicilio  |   | Codice Fiscale  |   |
| Ente o Impresa di provenienza  |   | Telefono privato  |   |
| Indirizzo di posta elettronica  |   | Telefono interno  |   |
| Numero/i di telefono da utilizzare in caso di emergenza (nome e numero)  |   |    |

Dichiara, sotto la propria personale responsabilità, consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere o produzione di atti falsi, richiamate dall’art. 76 del D.P.R. 445/2000:

□ di aver attivato la sorveglianza sanitaria seguendo le istruzioni e compilando il modulo ONLINE

□ come lavoratore OSPITE, di aver attivato la sorveglianza sanitaria seguendo le istruzioni e compilando il modulo CARTACEO

□ come lavoratore OSPITE, di possedere una propria copertura assicurativa contro il rischio degli infortuni, ovvero di aver attivato a proprie spese la copertura assicurativa prevista dalla Polizza infortuni cumulativa ad adesione, sottoscritta dall'Amministrazione universitaria a favore degli ospiti dell'Ateneo, di cui allega ricevuta del pagamento.

□ di aver seguito con esito positivo il corso ONLINE di Ateneo sulla sicurezza sul lavoro

□ di accettare i Regolamenti interni dell’Università di Trieste e del DSCF per la parte di pertinenza alla specifica richiesta

□ di aver letto il regolamento di sicurezza del DSCF presente in web e di impegnarsi a rispettare le norme in esso contenute

□ di aver ricevuto i DPI e copia del Riassunto del Regolamento Sicurezza del Dipartimento

□ essere stato formato secondo quanto previsto dal D.Lgs 81/08 (Testo Unico sulla Sicurezza sul lavoro) e successive modifiche ed integrazioni ed informato circa i comportamenti da tenere in Laboratorio Chimico con particolare riferimento alle norme e procedure di sicurezza e tutela della salute, quindi conscio dei potenziali rischi e dei modi per prevenire gli incidenti e preparato ad affrontare eventuali situazioni di emergenza che dovessero verificarsi.

|  |
| --- |
|     FOTOTESSERA   |

Per presa visione ed accettazione:

Data …………………...... Firma del richiedente …………………....................................

# DICHIARAZIONE DEL RESPONSABILE SCIENTIFICO O RELATORE DI TESI

Con la presente il sottoscritto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità di responsabile scientifico e/o

relatore di tesi chiede che il richiedente sia autorizzato a frequentare il Dipartimento

dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ in qualità di:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| □ assegnista  | □ borsista  | □ ricercatore ospite  |
| □ collaboratore di ricerca a contratto  | □ dottorando  | □ altro (specificare):  |
| □ laureando tesi sperimentale (specificare) □C.T.F. □FARMACIA □CHIMICA (LT) □CHIMICA (LM) □………………………  |

□ Il richiedente non svolgerà alcuna attività di tipo sperimentale in laboratorio chimico

oppure

□ L’attività sperimentale del richiedente si svolgerà principalmente nel/i laboratori/o n. \_\_\_/\_\_\_ , Edificio \_\_\_\_sotto la

supervisione del/i relativo/i preposto/i \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Il/I preposto/i dichiara/no che il richiedente è stato adeguatamente addestrato all’utilizzo delle attrezzature ed all’uso eventuale dei prodotti chimici presenti in laboratorio consultando anche le relative schede di sicurezza

Data …………………...... Firma dei Preposti …………………......................................................

Data …………………...... Firma del Responsabile …………………................................................

**Si autorizza**

# IL DIRETTORE