



**AUTORIZZAZIONE ACCESSO AI LABORATORI**

In ottemperanza alle normative in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, in relazione a quanto previsto dal Decreto Legislativo 9 aprile 2008 n. 81, in materia di informazione/formazione, il sottoscritto

Nome:

Matricola:

Codice Fiscale:

In qualità di:  Dottorando  Specializzando  Assegnista  Borsista  
 Ospite  Laureando(\*)  Altro

(\*) Per gli studenti in tesi specificare:

Corso di Studi:

Relatore:

Afferente a:

Codice e Denominazione Struttura D230000 - DIPARTIMENTO DI GEOSCIENZE

Codice e Denominazione Edificio 00272 - POLO SCIENZE DELLA TERRA

**CHIEDE**

Data inizio attività.....

Data di prevista cessazione.....

di essere autorizzato a frequentare il laboratorio indicato e si impegna a sottoporsi alla formazione Generale di 4 ore + Formazione Specifica Alto Rischio di 12 ore.

**INDIVIDUAZIONE DEI LABORATORI E RELATIVI RESPONSABILI**

Denominazione Laboratorio:

Responsabile Laboratorio:

Referente attività formativa:

Primo accesso  Integrazione  Formazione già effettuata

Formazione già effettuata, secondo quanto previsto dalla normativa vigente, presso la Struttura.....  
con esito positivo in data:.....

**FORMAZIONE**

Corsi

Verifica formazione

**Formazione Generale (4 h)**

**Formazione Specifica ad Alto Rischio (12 h)**

**In allegato gli attestati**

Firma Responsabile Struttura

Firma Responsabile Laboratorio

Firma Frequentatore