



Richiesta autorizzazione alla frequenza del DIA per utenti esterni¹

Il/La sottoscritto/a (nome e cognome) _____ ,
nato a _____ il (gg/mm/aaaa) _____ ,

CHIEDE

di essere autorizzato/a alla frequenza, **negli orari di apertura**, delle strutture del Dipartimento di Ingegneria e Architettura dell'Università degli Studi di Trieste nella sede di (Trieste/Gorizia/Pordenone) _____

in qualità di ² _____

per svolgere la seguente attività _____

sotto la supervisione scientifica del prof. _____ a partire dal (gg/mm/aaaa) _____ e fino al (gg/mm/aaaa) _____.

Recapiti personali

Residente a: _____ CAP: _____

Via: _____

Telefono: _____

E-mail: _____

Provenienza (Università/Ente/Società): _____

con qualifica di _____

A tal proposito, con la firma apposta in calce alla presente, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 (DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO NOTORIO), consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR 445/2000 e dell'ulteriore sanzione della decadenza dai benefici conseguenti a qualsiasi provvedimento o atto dell'Amministrazione emesso sulla base di dichiarazione non veritiera, di cui all'art. 75 del citato D.P.R. 445/2000

DICHIARA



- di avere ottemperato agli adempimenti burocratici relativi alla sorveglianza sanitaria previsti dall'Ente dove presta servizio; in caso contrario di impegnarsi a ottemperare agli adempimenti burocratici relativi alla sorveglianza sanitaria dall'Ateneo³
- di essere informato/a che durante l'intero periodo di permanenza non ha diritto a nessuna copertura assicurativa da parte del Dipartimento di Ingegneria e Architettura
- di sollevare fin da ora da ogni responsabilità la Direzione e il Dipartimento in caso di eventuali infortuni durante l'intero periodo di permanenza
- di sollevare fin da ora da ogni corresponsabilità la Direzione e il Dipartimento in caso di danni procurati a terzi durante l'intero periodo di permanenza
- di essere a conoscenza che i propri dati saranno trattati dall'Università per assolvere agli scopi istituzionali e al principio di pertinenza ai sensi del regolamento (UE) n. 2016/679 (codice di protezione dei dati personali), e che verranno garantiti i diritti previsti per l'interessato.

Il sottoscritto allega fotocopia fronte/retro di un documento di identità in corso di validità.

Trieste, _____

RICHIEDENTE

Visto:

IL DOCENTE RESPONSABILE

Approvato:

IL DIRETTORE



¹ Da compilare in caso di permanenza presso il DIA per un periodo inferiore o uguale ai 30 giorni, in assenza di contratti, accordi, convenzioni, etc.

² Assegnisti di ricerca esterni, Borsisti esterni, Collaboratori scientifici di altri Enti, Dottorandi esterni, Personale di Servizi in outsourcing, Studenti ospiti di altre Università, Tirocinanti Post Lauream, Volontari, Docenti, Ricercatori, altro (specificare)

³ **SORVEGLIANZA SANITARIA:** il lavoratore in quanto OSPITE compila il “Modulo di valutazione delle attività previste” reperibile alla pagina <https://portale.units.it/it/servizi/prevenzione-e-protezione/documentazione> e dopo la firma del Direttore di dipartimento provvede a inviarlo all'indirizzo mail: sorveglianza.sanitaria@units.it