Al Direttore

Dipartimento di Scienze Biochimiche “A. Rossi Fanelli”

S e d e

Egregio Direttore,

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CF. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/aa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

domiciliato in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

recapito telefonico fisso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_mobile\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in qualità di : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(precisare se studente, dottorando, assegnista, borsista)

* iscritto/a al corso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(se studenti di dottorato specificare denominazione e ciclo; se studenti di corso di laurea specificare tipologia e denominazione corso)

* progetto di ricerca:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(assegnista o borsista specificare progetto di ricerca e docente titolare)

dopo aver preso visione della normativa e delle disposizioni contenute nei siti:

<https://www.uniroma1.it/it/pagina/materiale-informativo>

<http://www.uniroma1.it/ateneo/governo/normativa-e-documenti/regolamenti>

<http://dsb.uniroma1.it/dipartimento/sicurezza>

* si impegna a usare tutte le precauzioni che il lavoro in un laboratorio comporta e allega alla presente il Modulo di autovalutazione per Tesisti, borsisti, Dottora*ndi e altri frequentatori;*

Roma, Firma del/della dichiarante

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*SCEGLIERE UNA DELLE DUE OPZIONI*

Il/I sottoscritto/i \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_dichiara/dichiarano che il Sig./Dr.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* **svolgerà la propria attività di ricerca nel Dip. di Scienze Biochimiche “A. Rossi Fanelli”**

presso (specificare laboratorio) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il cui responsabile RADL è (indicare nome e cognome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

docente di riferimento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(specificare il Docente guida per i dottorandi, il Relatore per gli studenti di corso di laurea, il Responsabile del progetto per gli assegnisti o borsisti)

Pertanto, dovrà essere sottoposto a visita medica preventiva:

* si allega la Scheda di Destinazione Lavorativa (SDL)

(scaricabile dal sito: <https://www.uniroma1.it/sites/default/files/allegati/SchedadiDestinazioneLavorativa_4.pdf>)

* **svolgerà la propria attività di ricerca presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** nel laboratorio del Prof./Dott. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sotto la supervisione del Dr./Prof.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(da compilare nel caso in cui l’attività venga svolta presso strutture diverse dal Dipartimento di Scienze Biochimiche)

* si allega la dichiarazione di presa in carico per la visita medica preventiva rilasciata dalla struttura presso cui il Sig./Dr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ svolge la propria attività.

***Ill/I sottoscritto/i attesta/attestano, ai sensi degli artt. 36 e 37 del D.Lgs. 81/08 e s.m.i., l’avvenuta informazione, formazione e addestramento sulla sicurezza e salute sul luogo di lavoro.***

Cordiali saluti

Roma,

Prof./Dr. Prof./Dr.

(Docente guida/Responsabile della Ricerca/Relatore) (RADL)