

Al Direttore del Dipartimento di
Medicina Sperimentale e Clinica
(DIMSC)

Ancona, _____

Oggetto: autorizzazione frequenza volontaria

Il/La sottoscritto/a _____, chiede l'autorizzazione per frequentare e svolgere attività di ricerca volontaria presso il Dipartimento di Medicina Sperimentale Clinica, laboratori della Sezione Neuroscienze e Biologia Cellulare (Anatomia/Fisiologia) per il semestre dal _____ al _____.

Dichiara inoltre:

- di aver stipulato una polizza assicurativa obbligatoria rilasciata dall'Università Politecnica delle Marche (Ufficio Economato) e di cui allega la copia della ricevuta di pagamento;
- di rispettare, per motivi di sicurezza, l'orario di lavoro medio giornaliero 8:30 – 18:30, dal lunedì al venerdì;
- di prestare l'attività laboratoristica in presenza di personale strutturato a cui farà obbligatoriamente riferimento;
- di rispettare le regole generali di buona prassi di laboratorio.

Firma del Richiedente

Per accettazione

Il Direttore del DIMSC

Il Responsabile per la sicurezza nel
laboratorio
