

Al **Direttore del DISTAV**
Prof. Elisabetta RAMPONE - Sede

Io sottoscritto/a _____ **chiedo di autorizzare** il/la
Prof./Dr. _____ (qualifica: _____)
nato/a a _____ il _____ C.F. _____
e-mail _____ tel./cell. _____

a frequentare il Dipartimento di Scienze della Terra, dell'Ambiente e della Vita (DISTAV),
a decorrere dal ____/____/____ sino al ____/____/____ (max 12 mesi, scadenza nell'anno solare).

La persona per cui si richiede l'accesso prenderà visione del Piano di Emergenza ed Evacuazione degli
edifici del Distav (disponibile al link: <https://intranet.unige.it/sicurezza/elenco-strutture-1>) e prima della data di inizio
frequentazione si impegna a:

- produrre certificazione (*in allegato*) relativa alla Formazione dei Lavoratori ai sensi dell'art. 37
D.Lgs. 81/08 ed in conformità dell'Accordo Stato-Regione del 21/12/2011.

Ovvero:

- seguire il corso di formazione generale sulla sicurezza nei luoghi di lavoro reperibile al link
<https://corsosicurezza.aulaweb.unige.it/course/index.php?categoryid=1> ed accessibile attraverso le
credenziali temporanee che saranno fornite dall' "amministratore di sistema" del DISTAV,

Dichiaro inoltre che il/la Prof./Dr. _____, durante la sua permanenza al DISTAV, svolgerà
la sua attività presso il seguente locale:

stanza(codice locale) _____, attualmente *uff. docente*, *uff. assegnisti/dottorandi/borsisti*

- La frequentazione non riguarderà laboratori e quindi
il/la Prof./Dr. _____ non sarà soggetto a rischi di lavoro.

Ovvero:

- Chiedo di autorizzare il/la Prof./Dr. _____ a frequentare il laboratorio di

_____ ubicato presso (*edificio e codice locale*) _____ del DISTAV.

In qualità di responsabile (RADRL) dell'attività didattica o di ricerca nel laboratorio suddetto, ai sensi
dell'Art. n.5 del D.I. n.363/98, assicuro che al/alla Prof./Dr. _____
venga fornita la prescritta formazione ed informazione (ai sensi degli Artt. n.36 e 37 Sez. IV capo III D. Lgs.81/08) e
adeguati dispositivi di protezioni individuali.

L' autorizzazione si rende necessaria per svolgere la seguente attività:

- Il/la Prof./Dr. _____ è titolare di una polizza assicurativa da parte
dell'ente di appartenenza.

Ovvero Richiedo contestualmente l'attivazione di una polizza assicurativa infortuni e autorizzo che la
relativa spesa gravi sui fondi: (*Progetto*) _____

N.B. L'accesso ai locali DISTAV è vincolato alle eventuali limitazioni temporanee imposte da ragioni emergenziali (guasti,
manutenzioni, disposizioni anti Covid-19, ecc.) e non avrà inizio prima della data di autorizzazione in calce alla presente.
Inoltre, tale accesso potrà avvenire solo se si è in possesso di adeguata copertura assicurativa.

**Autorizziamo il trattamento dei dati personali contenuti nella presente ai sensi del Dlgs 196 del 30 giugno 2003 e
dell'art. 13 GDPR (Regolamento UE 2016/679) ai soli fini della procedura autorizzativa richiesta.**

II RICHIEDENTE

(Firma) _____

II FREQUENTATORE

(Firma) _____

Data richiesta _____

II DIRETTORE

Data autorizzazione _____ (x Autorizzazione) _____

(Prof.ssa Elisabetta RAMPONE)