



UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI  
DI PALERMO



Dipartimento di Promozione della Salute, Materno-Infantile, Medicina Interna e Specialistica di Eccellenza "G. D'Alessandro"

**DIPARTIMENTO DI PROMOZIONE DELLA SALUTE, MATERNO-INFANTILE,  
MEDICINA INTERNA E SPECIALISTICA DI ECCELLENZA "G. D'ALESSANDRO"**  
**Direttore: Prof. Antonio Carroccio**

**Al Direttore del Dipartimento PROMISE**

**Oggetto: AUTORIZZAZIONE ACCESSO ALLE STRUTTURE DIPARTIMENTALI  
(Studenti)**

Il/La sottoscritto/a.....  
nato/a a ..... il.....,  
in qualità di studente/ssa del..... anno del Corso di Laurea in  
.....matr. ....,  
email .....tel.....,

**CHIEDE**

di frequentare i locali e i laboratori di ricerca del Plesso di ....., di  
pertinenza di questo Dipartimento, responsabile il Prof ....., per lo svolgimento dell'attività  
di: *(barrare la casella di proprio interesse)*

- ELABORAZIONE TESI DI LAUREA (PROT. N. .... DEL ....., SE GIÀ ASSEGNATA);
- TIROCINIO;
- STUDIO / RICERCA / LABORATORIO SPERIMENTALE-DIDATTICO;
- FREQUENZA VOLONTARIA.

A tal fine il/la sottoscritto/a

**DICHIARA**

- di aver ricevuto per conto del Direttore del Dipartimento tutte le informazioni riguardanti le misure di sicurezza, prevenzione e protezione relative alle attrezzature da utilizzare;
- che si uniformerà alle disposizioni sulla sicurezza e utilizzerà i dispositivi di protezione individuale durante l'attività nei locali dipartimentali, nel rispetto della normativa per la sicurezza, e agli obblighi di cui all'art. 5 del D.Lgs. 626/94 e all'art. 20 del DLgs 81/2008 e successive modifiche;
- che è consapevole del fatto che la copertura assicurativa, per l'intero periodo di frequenza, è a carico dell'Università degli Studi di Palermo ed è quella prevista per gli studenti;

Palermo, li .....

Il Richiedente

Il Docente/Il Relatore

.....

.....

AUTORIZZAZIONE ALL'ACCESSO ALLE STRUTTURE DIPARTIMENTALI

**Visto, si autorizza.**

Il Direttore Prof. Antonio Carroccio

.....