

Procedura di sicurezza per il Primo Accesso in laboratorio

Pisa _____

Il sottoscritto Prof / Dott _____, in qualità di RAR /RAD,

comunica che

il/la sig. / Dott. / Prof Nome _____ Cognome _____

data di nascita _____ codice fiscale _____

e-mail _____ tel _____

frequenterà, sotto la mia supervisione, i laboratori nella sede del Dipartimento

di Via Bonanno, 6

di Via Bonanno, 33

in qualità di

Assegnista di Ricerca

Studente in Tesi matricola

Borsista

Visiting

Collaboratore di ricerca

Altro _____

Dottorando

a partire dal _____ e fino al _____ (date presumibili)

viene pertanto richiesto

Cartellino di riconoscimento per accesso ai laboratori di ricerca

Badge di accesso alla Sede (*solo per la sede VB33*) (N)

Corso di primo accesso in laboratorio in materia di salute e sicurezza sul lavoro organizzato dal Dipartimento (Delibera 18A del Consiglio del Dipartimento del 26/11/2012)

Visita Medica di Idoneità alla mansione (nuovi ingressi o cambio tipologia di ricerca)

Firma del Tutor (RAR e RAD)