

Al Direttore del Dipartimento  
di Medicina di Precisione  
Via de Crecchio 7, 80138 - Napoli

***richiesta di autorizzazione alla frequenza dei laboratori***

Dati identificativi del richiedente:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

(\_\_\_\_\_) Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ telefono fisso \_\_\_\_\_

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

**Qualifica: tirocinante altro (specificare)** \_\_\_\_\_

**Docente di riferimento (relatore, tutore):** \_\_\_\_\_

**Riferimenti per le autorizzazioni:**

Laboratorio/i di cui si richiede l'utilizzo

Docente referente del laboratorio

Argomento della ricerca

Materiale che si prevede di utilizzare

**Requisiti di accesso ai laboratori:**

Il richiedente dichiara di essere:

non sufficientemente addestrato all'utilizzo autonomo delle apparecchiature presenti;

sufficientemente addestrato all'utilizzo autonomo delle apparecchiature presenti nel/i laboratori;

assistito dal tutor \_\_\_\_\_;

**Accettazione:**

Il richiedente dichiara di:

essere informato delle regole di accesso all'edificio, e di quelle previste dal regolamento di accesso e utilizzo dei laboratori del Dipartimento;

di aver preso visione del laboratorio/i richiesto/i;

di aver necessità di utilizzare il laboratorio nel periodo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Firma del richiedente

\_\_\_\_\_

Visto il Responsabile del Laboratorio

\_\_\_\_\_

Visto il Direttore di Dipartimento

\_\_\_\_\_