



SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA

Centro Ricerca Aerospaziale Sapienza
Via Eudossiana 18, 00184 Roma
Tel +390644585883
E-mail: giuseppina.angeloni@uniroma1.it

Pervenuta il.....
N°...../.....

Al Direttore del Centro Ricerca
Aerospaziale Sapienza

Sede

Il sottoscritto.....

Qualifica:

- studente (matricola.....)
- dottorando, assegnista dal.....al.....
- altro (specificare)

Copertura assicurativa rischi vari (necessaria per tirocinanti, stagisti, borsisti, collab. occasionali, frequentatori scientifici) SI (allegare copia contratto) NO

Tel.....e-mail

indirizzo.....Città

Autorizzato dal docente Prof.....

Titolare dell'insegnamento.....

A svolgere.....

Progetto di ricerca.....

Dal titolo.....

Per il periodo di tempo dalal.....

Chiede

l'assegnazione del badge di ingresso al laboratorio nel periodo indicato e si impegna a custodirlo a non cederlo e a riconsegnarlo alla scadenza.

Dichiara

di aver letto e di accettare il regolamento di accesso al laboratorio del Centro Ricerca Aerospaziale Sapienza

Dichiara

di essere stato informato ed istruito dal Docente di riferimento (RADL) sulle procedure e sulle modalità d'uso delle macchine e delle apparecchiature necessarie alla propria attività; di essere a conoscenza delle norme sulla sicurezza che regolano le attività universitarie e di aver ricevuto i DPI necessari a svolgere l'attività di laboratorio.

IL RADL

In fede

Roma.....

.....

.....