



**MODULO DI REGISTRAZIONE ACCESSI
STUDENTI/TESISTI**

Spazio riservato Uffici Accessi

Badge

Data consegna

Al Responsabile Gestionale
del Dipartimento di Elettronica, Informazione
e Bioingegneria

Il sottoscritto, Prof.
cognome nome

chiede che lo Studente/Tesista
cognome nome MATRICOLA

sia abilitato all'accesso al Dipartimento , presso la sede di

- Edificio 7 – Piazza Leonardo da Vinci 32 Edificio 20 – Via Ponzio 34/5
- Edificio 21 – Via Ponzio 39 Piano.....
- Edificio 22 – Via Golgi 42 Piano..... Edificio 24 – Via Golgi 40
- Edificio 30 – Via Colombo, 81 Edificio 32 – Via Colombo, 40
- Edificio 33 – Viale Rimembranze di Lambrate, 14
- Como- Via Anzani Como- Via Pannilani Como –Via Valleggio
- Lecco Cremona

e al Laboratorio

nel periodo dal __/__/__ al __/__/__

Data __/__/__

Il Docente Responsabile
.....

Il Responsabile RADRL
.....

DICHIARAZIONI IN TEMA DI SICUREZZA

Il sottoscritto nato a il .../.../...

Cod. Persona..... PAN

recapito tel. e-mail

ai fini degli adempimenti previsti dal D.Lgs. 81/2008, dichiara

- di aver frequentato il corso on-line sulla Sicurezza e di aver superato il test finale
- di aver preso visione ed accettato le procedure specifiche sulla sicurezza del laboratorio ove svolgerà la propria attività fornitagli dal Responsabile RADRL
- che il badge a lui riconsegnato con le attivazioni richieste è strettamente personale e non cedibile a terzi

Firma

Il sottoscritto esprime il proprio consenso affinché i dati forniti possano essere trattati secondo quanto previsto dal Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n.196 – Codice in materia di protezione dei dato personali, per gli adempimenti connessi alla presente procedura.

Firma

Firma per Autorizzazione

Data __/__/__

Il Responsabile Gestionale
(Fabio Conti)
.....