

Al Direttore del Dipartimento DISTAL
Prof.ssa Rosalba Lanciotti
V.le Fanin 44 – 40127 Bologna

La/Il sottoscritta/o

Nata/o a

il Codice Fiscale

Email @

CHIEDE

l'autorizzazione a svolgere attività di studio/approfondimento presso i locali didattico-scientifici e di ricerca del DISTAL nel periodo dal al in qualità di non strutturato per il seguente motivo studio/approfondimento nell'ambito del progetto di ricerca:

.....

e sarà seguito dal Responsabile Scientifico Prof./Dott.

A tal proposito il sottoscritto si impegna a stipulare una polizza assicurativa presso l'Ufficio competente dell'Università di Bologna, in merito al rischio di infortuni e responsabilità civile. Tale pagamento è totalmente a carico dell'interessato/assicurato.

Si specifica che il pagamento della copertura assicurativa è avvenuto in data

Il sottoscritto dichiara che l'autorizzazione non viene chiesta per attività lavorativa, di collaborazione o di tirocinio i cui rapporti dovranno osservare le disposizioni normative vigenti.

In attesa di Suo gentile riscontro porgo

cordiali saluti.

Data,

In fede

.....

Si allega documento di riconoscimento e copia della ricevuta del bonifico con conferma dell'operazione



ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA
DIPARTIMENTO DI
SCIENZE E TECNOLOGIE AGRO-ALIMENTARI

Prot.n.....del

Si autorizza la/il

Nata/o il

A

A frequentare il Dipartimento di Scienze e Tecnologie Agro-Alimentari (DISTAL)

Nel periodo dal al

Per il seguente motivo studio/approfondimento nell'ambito del progetto di ricerca:

Si specifica che il pagamento della copertura assicurativa è avvenuto in data

Si richiede pertanto la relativa copertura assicurativa contro gli infortuni e i danni da responsabilità civile.

Il Responsabile Scientifico

Prof./Dott.

(firma)_____

IL RESPONSABILE DELLA STRUTTURA

Direttore del Dipartimento di Scienze e Tecnologie Agro-Alimentari

Prof.ssa Rosalba Lanciotti

(firma)_____