



Alla Struttura Ospitante

E p.c. Presidente CdS

Oggetto: Attività propedeutica per preparazione Tesi

Siamo a chiedere a codesta struttura l'accesso per lo svolgimento di attività per preparazione Tesi dello/a studente/ssa _____

matricola _____

iscritto/a al Corso di Laurea in _____

Si precisa che:

- la copertura assicurativa per infortuni occorsi allo studente durante lo svolgimento delle attività previste dal progetto è a carico dell'Ateneo di Firenze:
Infortuni sul lavoro: INAIL ai sensi del DPR n. 1124/1965 art. 4 p. 5 e ss. mm. ii.
Polizza infortuni n. Z085534 Zurich Insurance;
Responsabilità civile: polizza RCT/0 n. 420262484 - compagnia: Generali Italia SpA.
Sono esclusi dalla garanzia i danni conseguenti a prestazioni assistenziali di carattere ambulatoriale e da servizi di diagnosi e cura di ogni tipo;
- lo studente è in possesso di certificazione di idoneità rilasciata dalla Medicina del Lavoro dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Careggi ed è in possesso del certificato di formazione generale e specifica rilasciato dal questo Ateneo ai sensi del Decreto Legislativo 81/2008.

Gli obiettivi formativi attesi, già concordati per vie brevi, sono riportati nel documento allegato che, ove nulla osti, Codesta Struttura vorrà restituire debitamente sottoscritto per accettazione.

Il soggetto promotore ed il soggetto ospitante si impegnano reciprocamente a trattare e custodire i dati e le informazioni, sia su supporto cartaceo che informatico, relativi all'espletamento di attività riconducibili al progetto, in conformità alle misure e agli obblighi imposti dal *Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (regolamento generale sulla protezione dei dati)*. Ciascuna parte è titolare del trattamento dei propri dati.

Il Relatore



Allegato

Denominazione Corso di Studio	
Studente	CODICE FISCALE
Nome	
Cognome	
Numero di matricola	
E-mail istituzionale	@edu.unifi.it
Tel. Cellulare n.	
In regola con gli adempimenti ex Dlgs 81/2008 in materia di tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori	Corso Sicurezza Visita Medica
Relatore	
Nome	
Cognome	
Data di nascita ¹	
Ruolo	
E-mail istituzionale	
Tel. Cellulare n. (se del caso)	
Struttura ospitante	
Rappresentante legale o Direttore di Dipartimento/DAI	
Nome	
Cognome	
Data di nascita ²	
E-mail istituzionale	
Tel. Cellulare n.	
Tutor e referente per le attività³	
Nome	
Cognome	
Data di nascita	
E-mail istituzionale	
Tel. Cellulare n.	

¹ Solo per personale non Unifi

² Solo per personale non Unifi

³ il tutor deve essere individuato in personale dipendente della struttura



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
FIRENZE

Scuola di
Scienze della
Salute Umana

Progetto delle attività	
Periodo	Dal _____ al _____
Sede di svolgimento delle attività	
Descrizione del progetto e delle attività da svolgere	
Rischi lavorativi connessi all'attività	<input type="checkbox"/> RISCHIO CHIMICO <input type="checkbox"/> BIOLOGICO <input type="checkbox"/> OGM <input type="checkbox"/> CANGEROGENI E MUTAGENI <input type="checkbox"/> RADIAZIONI OTTICHE <input type="checkbox"/> CAMPI ELETTROMAGNETICI <input type="checkbox"/> RADIAZIONI IONIZZANTI
	LO STUDENTE SI IMPEGNA AL CORRETTO UTILIZZO DEI DPI FORNITI DALLA STRUTTURA OSPITANTE E AL RISPETTO DEL REGOLAMENTO SULLA SICUREZZA FORNITO DALLA STESSA.

Firma Studente

Firma Relatore

Firma del Tutor
referente per l'attività
