



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
Responsabilità civile
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.

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	
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



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
