



Università
degli Studi
della Campania
Luigi Vanvitelli

Scuola di Medicina e
Chirurgia

Dipartimento di
Medicina Sperimentale

Al Direttore del Dipartimento
di Medicina Sperimentale
Università degli Studi della
Campania "Luigi Vanvitelli"
Via S. M. di Costantinopoli, 16
80138 - Napoli

richiesta di autorizzazione alla frequenza dei laboratori Laureandi

Dati identificativi del richiedente:

Cognome

.....Nome.....

residente a (.....) Vian.

.....

telefono fisso cellulare..... e-mail

.....

Qualifica: laureando tirocinante altro (specificare)

.....

Docente di riferimento (relatore , tutore):

.....

Riferimenti per le autorizzazioni:

Laboratorio/i di cui si richiede l'utilizzo

.....

.....

Docente referente del laboratorio

.....

.....

Argomento della ricerca

.....

.....

Materiale che si prevede di utilizzare

.....

.....

Requisiti di accesso ai laboratori:

Il richiedente dichiara di essere:

- non sufficientemente addestrato all'utilizzo autonomo delle apparecchiature presenti
- sufficientemente addestrato all'utilizzo autonomo delle apparecchiature presenti nel/i laboratori
- assistito dal tutor

Scuola di Medicina e
Chirurgia
Dipartimento di
Medicina Sperimentale

Via Santa Maria di
Costantinopoli 16
80138 Napoli
T.: +39 081 5665834
F.: +39 081 5667689

dimesp@unicampania.it
dip.medicinasperimentale@pec.unicampania.it
www.medicinasperimentale.unicampania.it

Accettazione:

Il richiedente dichiara di:

- essere informato delle regole di accesso all'edificio, e di quelle previste dal regolamento di accesso e utilizzo dei laboratori del Dipartimento;
- di aver preso visione del laboratorio/i richiesto/i;
- di aver necessità di utilizzare il laboratorio nel periodo dal al

Firma del richiedente

Visto il Responsabile del Laboratorio

Visto il Direttore di Dipartimento
