

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 ..... (.....) Via .....n.

.....

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 .....

**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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_