



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
FIRENZE

NEUROFARBA

DIPARTIMENTO DI NEUROSCIENZE,
PSICOLOGIA, AREA DEL FARMACO
E SALUTE DEL BAMBINO

A

- Responsabile Scientifico dei Laboratori
Didattici – Delegato del Direttore
Dipartimento NEUROFARBA
Prof.ssa Paola Gratteri

- Direttore del Dipartimento NEUROFARBA –
Prof. Patrizio Blandina
FIRENZE

La/il sottoscritta/o _____

in qualità di (*qualifica interna ad UniFI*) _____

chiede l'accesso alla struttura Laboratori Didattici "Area del farmaco", V.le Morgagni
57, e l'autorizzazione all'uso della seguente dotazione strumentale:

nel periodo dal _____ al _____

La/il sottoscritta/o dichiara

- di essere in possesso della formazione generale sulla sicurezza nei luoghi di lavoro e della formazione specifica sul rischio chimico;
- di avere copertura assicurativa per danni/infortuni derivanti dalla frequenza della struttura.

*Il presente modulo deve essere consegnato, debitamente compilato e vistato, al personale tecnico afferente ai Laboratori Didattici al primo accesso in laboratorio.



La/il sottoscritta/o si impegna:

- ad assumere la responsabilità dell'utilizzo della strumentazione lasciandola integra o a sostenere le spese di ripristino qualora si verificassero danni di qualsiasi tipo;
- ad utilizzare prodotti e materiali propri (reattivi, vetreria, solventi) per la preparazione dei campioni;
- a programmare l'accesso alla struttura negli orari di presenza del personale tecnico;
- a registrare l'entrata e l'uscita dalla struttura firmando l'apposito registro;

La/il sottoscritta/o dichiara che l'attività si inquadra nell'ambito del seguente progetto: _____

Firenze,

Il richiedente

.....

Visto

.....

*Il presente modulo deve essere consegnato, debitamente compilato e vistato, al personale tecnico afferente ai Laboratori Didattici al primo accesso in laboratorio.