

Università degli Studi di Firenze

Ce.S.A.L.
Centro per la Stabulazione Animali da Laboratorio
Viale G.Pieraccini 6 Tel. 055-4271308-317- FAX 055-4271203
C.F. PI 01279680480

**Al Servizio Prevenzione e Protezione
Università degli Studi di Firenze**

**Al Medico Competente
Università degli Studi di Firenze**

Al responsabile del CeSAL

SCHEMA DI ACCESSO AL CeS.A.L.

Motivo della compilazione

1. Accesso al Ce.S.A.L. come utente:

- Accesso ex novo
- Regularizzazione dell'accesso per mancata compilazione della scheda
- Prosecuzione dell'accesso precedentemente interrotto

2. Aggiornamento della scheda di accesso

- Variazione del tipo di materiali introdotti e/o del Progetto di Ricerca
- Prosecuzione dell'accesso per il protrarsi dell'attività sperimentale presso lo stabulario rispetto a quanto dichiarato nella precedente compilazione della scheda

Generalità dell'utente che accede allo Stabulario per lo svolgimento di attività sperimentale e di ricerca

Nome

Cognome

Ente di Appartenenza

Qualifica:

Personale Strutturato

- Tecnico
- Ricercatore
- Docente
- Altro.....

Personale Non Strutturato

- Specializzando
- Dottorando
- Assegnita
- Borsista
- Contrattista
- Tirocinante
- Altro.....

Residenza o Domicilio

Università degli Studi di Firenze

C.e.S.A.L.

Centro per la Stabulazione Animali da Laboratorio

Viale G.Pieraccini 6 Tel.055-4271308-317-FAX 055-4271203

C.F. PI 01279680480

Recapito telefonico (possibilmente un cellulare) _____

Struttura di Appartenenza _____

Responsabile della Struttura di Appartenenza (Direttore del Dipartimento e/o
Responsabile della Sezione) _____

Progetto di Ricerca per il quale si richiede accesso al Ce.S.A.L. e suo Responsabile

Per il Personale Non Strutturato:

Periodo in cui l'utente presterà servizio presso la Struttura di Appartenenza:

dal _____ al _____

L'Utente è sottoposto a sorveglianza sanitaria da parte di questo Ateneo:

SI NO

L'Utente è stato sottoposto a vaccinazioni:

Antitetanica SI NO

Se Si specificare data e/o richiamo _____

Anti epatite B SI NO

Se Si specificare data e/o richiamo _____

Altre vaccinazioni _____

Eventuali allergie: _____

Informazioni relative all'attività che l'utente svolge presso il Ce.S.A.L.

Durata,almeno presunta, dell'attività da svolgere presso il Ce.S.A.L. (indicare la durata globale, del periodo di attività previsto presso lo stabulario):

Dal _____ Al _____

Frequenza di accesso:

Giornaliera Settimanale(n°ingressi settimana.....)

Quindicinale Mensile

Università degli Studi di Firenze

Ce.S.A.L.

Centro per la Stabulazione Animali da Laboratorio

Viale G.Pieraccini 6 TEL. 055-4271308-317- FAX 055-4271203

C.F. PI 01279680480

Materiali biologici e/o chimici introdotti e con i quali si opera all'interno dello stabulario (specificare i materiali utilizzati e descritti nel progetto di ricerca):

O SI

O NO

Se Si indicare quali:

Data di Compilazione della presente scheda

Firma dell'Utente dello stabulario

Firma del Responsabile della
Struttura di appartenenza dell'utente

...l... sottoscritt.... Dichiaro di essere informat....Che i dati trasmessi con la compilazione della scheda di accesso agli stabulari, saranno trattati per le finalità della Sorveglianza Sanitaria ai sensi del Regolamento di Ateneo di attuazione del codice di protezione dei dati personali, emanato con Decreto del Rettore n. 449 del 7 Luglio 2004, modificato con Decreto del Rettore n. 1177 (79382) del 29 Dicembre 2005 e del Regolamento di Ateneo per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari in attuazione del d.Lgs.196/2003 emanato con Decreto del Rettore n. 337 (25798) del 15 Maggio2006.

Firma dell'Utente dello stabulario
