

**RICHIESTA AUTORIZZAZIONE ALL'ACCESSO FUORI ORARIO
PRESSO LE STRUTTURE DI ATENEO**

Viterbo li ✳,

Al Direttore del Dipartimento*

epc Al Servizio Prevenzione e Protezione
Al Servizio Tecnico: *Ufficio Vigilanza*
SEDE

Il sottoscritto*

In qualità di*

Chiede che venga concessa l'autorizzazione all'accesso, fuori orario e nei giorni festivi, presso

Struttura*

Edificio*

Laboratorio, aula, ecc.*

Per il seguente motivo*

al seguente personale:

Nome e cognome*

Ruolo*

Periodo autorizzazione*

(Dottorando, assegnista, tesista, ecc.)

dal *(gg/mm/aaaa)* al

<u>Nome e cognome*</u>	<u>Ruolo*</u>	<u>Periodo autorizzazione*</u>	
	<i>(Dottorando, assegnista, tesista, ecc.)</i>	dal	<i>(gg/mm/aaaa)</i> al
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Conscio dei miei obblighi di Responsabile del laboratorio, e considerato che l'attività si svolgerà fuori orario di apertura ed in assenza di Personale Tecnico, dichiaro che ho personalmente fornito istruzioni in merito alle procedure di sicurezza a cui attenersi e all'osservanza di quelle disposizioni atte a salvaguardare accessi indebiti o a prevenire pericoli per la struttura stessa. Per massima precauzione i lavoratori, inoltre non opereranno mai da soli nella struttura.

**RTGO GTG'KN'RWNUCPVG'UQVVQUVCPVG'EQTTHURQPF GP VG'CNNC'UVTWVWI'C'EWKIPXICTG'KN'F QEWO GPVQ
.....RGT"N)CWQTK \ C\ KQP'GF GN'F K'GVVQT'GF GN'F R'RCTVIO GPVQ0**

INVIA A DAFNE

INVIA A DIBAF

INVIA A DEB

INVIA A DISUCOM

INVIA A DISTU

INVIA A DEIM

Si chiede cortesemente alla Vigilanza presso le portinerie delle strutture interessate di aggiungere i nomi del personale autorizzato e la durata dell'autorizzazione agli elenchi esistenti.

VISTO : SI AUTORIZZA

IL Direttore del Dipartimento

* Campi obbligatori