

Alla Prof.ssa Grazia Chiellini
 Direttore del Dipartimento di Patologia Chirurgica, Medica,
 Molecolare e dell'Area Critica
 Via Savi 10 – 56126 Pisa

APPLICARE MARCA DA
 BOLLO DA € 16,00

nome e cognome		
luogo e data di nascita		
Codice fiscale		
residenza <small>(via/piazza, n. civico, CAP, comune)</small>		
telefono, cellulare		
e-mail		

CHIEDE

di essere ammess__ come frequentatore/visitatore dalla data di approvazione dalla presente al
 _____ presso il/la
 clinica/reparto/U.O..._____ diretto/a dal
 prof./dott. _____

_____ *firma del Direttore*

A tal fine dichiara, ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445/2000:

di avere conseguito la laurea /dottorato /specializzazione in

_____ presso l'Università di _____ con la seguente votazione _____
 in data _____

Dichiara, inoltre, sotto la propria responsabilità

- di aver preso visione delle "Linee guida per la figura del laureato frequentatore" dell'Università di Pisa;
- di essere a conoscenza che lo status di laureato frequentatore è equiparato a quello degli studenti ai soli fini dei diritti e dei doveri associati alla frequenza delle strutture universitarie. Esso non comporta l'instaurazione di rapporti di lavoro e/o collaborazione né il diritto all'assegnazione di specifici locali;

- di essere a conoscenza che il laureato frequentatore non può svolgere attività didattica, di ricerca né altre attività istituzionali, mentre quello dell'area medica e veterinaria può svolgere attività attinenti a quelle medico-assistenziali;
- per il laureato dell'area medica e veterinaria, è condizione per l'ammissione alla frequenza l'essersi sottoposto a visita medica e alle misure di profilassi previste dalla legge, nonché a tutte le misure di medicina preventiva;
- l'ammissione alla frequenza comporta il rispetto delle norme di sicurezza specificamente indicate nei documenti disponibili sul sito dell'Università di Pisa alla pagina <https://www.unipi.it/index.php/amministrazione/itemlist/category/888-ig-sic> ;
- di essere a conoscenza che ai laureati frequentatori si estende l'assicurazione stipulata dall'Ateneo per responsabilità civile verso terzi e per gli infortuni in cui dovessero incorrere all'interno della struttura frequentata, sia dell'Università di Pisa che di altre strutture autorizzate. Eventuali costi aggiuntivi per l'Università di Pisa derivanti dalla suddetta copertura assicurativa per il laureato frequentatore sono interamente a suo carico;
- di impegnarsi a dare immediata comunicazione non appena si verifichi variazione a quanto dichiarato, con particolare riferimento ad eventuali periodi di interruzione della frequenza;

luogo e data

firma del richiedente

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali, ai sensi del D.lgs. 196 del 30 giugno 2003

luogo e data

firma del richiedente

Il sottoscritto _____
dichiara la propria disponibilità a svolgere il ruolo di docente referente per il laureato frequentatore sopra indicato nelle strutture e per il periodo di riferimento. Dichiara altresì di essere a conoscenza delle prescrizioni previste in materia di sicurezza dei soggetti ammessi alla frequenza dei locali adibiti ad attività didattiche e di ricerca.

firma del docente referente

AUTORIZZAZIONE

Vista la delibera del consiglio della struttura
n. _____ del _____ ,

si autorizza la frequenza della struttura dal

Il responsabile della struttura