

Bari,

Al Presidente del Consiglio di Classe  
dei corsi di studio LM-13

Al Direttore del Dipartimento di  
Scienze Mediche di Base, Neuroscienze e Organi di Senso

### **DICHIARAZIONE DI INIZIO DELL'INTERNATO DI TESI SPERIMENTALE**

Il sottoscritto..... studente del corso di laurea in  
..... iscritto al ..... anno, matricola n.  
....., dovendo svolgere l'internato di tesi sperimentale della durata di sei mesi effettivi, al netto  
delle festività e ferie estive, nel laboratorio diretto dal prof. .... a partire dal giorno  
..... e fino al giorno .....

#### **DICHIARA**

- di essere stato adeguatamente informato dal prof./dott. .... sulle norme comportamentali generali da tenere in laboratorio, sull'uso dei dispositivi di protezione individuale e collettiva, sull'ubicazione degli apparati di emergenza, sulle figure referenti alle quali rivolgersi per segnalazioni di eventuali situazioni di emergenza;
- di aver preso visione del manuale delle procedure di sicurezza adottate dal Dipartimento di Scienze Mediche di Base, Neuroscienze e Organi di Senso;
- di essere informato sulla presenza in laboratorio delle schede di agenti e prodotti in uso e di averne preso visione;
- di allegare alla presente richiesta copia della scheda di valutazione rischio debitamente firmata dal docente responsabile del laboratorio e dal sottoscritto per accettazione.

Firma dello studente

.....

Firma del Docente responsabile o del Docente tutor

.....

La presente richiesta, in duplice copia, firmata dallo studente e dal docente guida, deve essere consegnata al docente responsabile del laboratorio ed alla Sig.ra Poropat Luigia (Servizio Orientamento piano terra del Dipartimento di Farmacia-Scienze del Farmaco) che provvederà ad inviarla alla Segreteria didattica per la registrazione.

