

Al Direttore del
Dipartimento di Biomedicina Traslazionale
e Neuroscienze
SEDE

RICHIESTA DI FREQUENZA LABORATORI (Laureati frequentatori)

Il/La sottoscritto/a Prof./Prof.ssa _____ PO ____ PA ____
Ricercatore ____ nel SSD _____

CHIEDE

che il/la Dott/Dott.ssa _____
nato/a il _____ a _____
Laureato/a in _____ presso
l'Università di _____ sia autorizzato/a a frequentare il/i
laboratorio/i di _____
del Dipartimento di Scienze mediche di base, neuroscienze e organi di senso per il periodo
dal _____ al _____ (**indicare la data di inizio e quella
presunta di fine frequenza**) per svolgere sotto la propria responsabilità la seguente attività:

Si allega:

- Breve CV

Si allega o si fa riserva di allegare:

- Polizza assicurativa per la copertura di danni derivanti da responsabilità civile verso terzi
- Polizza assicurativa per gli infortuni.

Distinti saluti.

Bari, _____

Il Responsabile del Laboratorio
Prof./Prof.ssa _____

La suddetta domanda debitamente compilata e firmata e corredata da tutti gli allegati richiesti deve essere inviata all'Ufficio Protocollo del Dipartimento di Scienze mediche di base, neuroscienze e organi di senso protocollo.dibrain@uniba.it, per essere sottoposta al parere del Consiglio di Dipartimento nella prima seduta utile.