Al Direttore del Dipartimento di

Scienze del Suolo, della Pianta e degli Alimenti – DiSSPA

Università degli Studi di Bari Aldo Moro

Sede

**Oggetto: Richiesta di frequenza PERSONALE NON STRUTTURATO**

Il/La sottoscritto/a il Prof./Dott./Sig. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ provincia di \_\_\_, via/piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_C.A.P. \_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cell \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in servizio con la qualifica di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e contrattualizzato fino al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ presso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, partner del Progetto/Accordo/Convenzione/altro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in scadenza il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_,

**CHIEDE**

di svolgere un periodo di frequenza presso la U.O. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ di codesto Dipartimento, sotto la supervisione del Prof./Dott./Sig. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nel periodo dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_per svolgere la seguente attività:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a dichiara ai fini della presente richiesta:

* di essere assicurato/a contro gli infortuni e per i danni alle persone e cose e per la responsabilità civile nei confronti di terzi tramite polizza n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, stipulata a proprio nome con la Compagnia assicuratrice…………………………………………….., di cui si allega copia.

La polizza dovrà prevedere espressamente la clausola che escluda la possibilità di rivalsa della Società assicuratrice nei confronti di chi possa eventualmente essere considerato responsabile del danno comunque prodottosi.

* di impegnarsi a stipulare a proprio nome un’assicurazione contro gli infortuni e per i danni alle persone e cose e per la responsabilità civile nei confronti di terzi. La polizza dovrà prevedere espressamente la clausola che escluda la possibilità di rivalsa della Società assicuratrice nei confronti di chi possa eventualmente essere considerato responsabile del danno comunque prodottosi. Copia della polizza dovrà essere fornita al R.U.O. Servizi Generali, Logistica e Supporto Informatico **entro e non oltre la data di inizio della frequenza**.

**Si conviene che l’autorizzazione decadrà automaticamente il giorno di scadenza indicato o venuti meno i motivi della frequenza richiesta.**

Bari,

|  |  |
| --- | --- |
| Firma del richiedente | Firma del supervisore |
|  |  |
|  |  |
| **VISTO SI AUTORIZZA (\*)**  Il Direttore del DiSSPA |  |

**(\*) L’autorizzazione del Direttore alla frequenza del Dipartimento è subordinata alla presentazione della documentazione completa.**