

Bari,

Al Direttore del Dipartimento di
Farmacia-Scienze del Farmaco

Al Presidente del Consiglio di Classe
dei corsi di studio L-29

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 tre mesi effettivi, al netto
delle festività e ferie estive, nel laboratorio diretto dal prof. a partire dal giorno
..... e fino al giorno

DICHIARA

- di aver frequentato il corso sulla sicurezza nei laboratori organizzato dal Dipartimento di Farmacia-Scienze del Farmaco di cui allega copia dell'attestato;
- 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 Farmacia-Scienze del Farmaco;
- 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 Sig. Cellamare Domenico, presso la Direzione al 3° piano stanza n. 423, che provvederà a fornire allo studente il tesserino di riconoscimento, ed al Dott. Gisotti (Segreteria didattica) che provvederà alla registrazione.