**MODULO RICHIESTA AUTORIZZAZIONE DI ACCESSO FUORI ORARIO**

Il sottoscritto

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| cognome: |  | nome: |  |
| codice fiscale |  |

in qualità di *(segnare con una X l’opzione corretta)*:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Assegnista | |  |  | Borsista |  |  | Dottorando |
|  | Personale TA | |  |  | Incaricato alla ricerca |  |  | Personale di Spin off |
|  | Altro *(specificare)*: |  | | | | | | |

chiede di poter accedere, al di fuori dei giorni e orari di apertura con presenza del personale di accoglienza, ai seguenti spazi/laboratori/uffici del dipartimento:

|  |  |
| --- | --- |
| *(specificare)*: |  |

per i seguenti motivi

|  |  |
| --- | --- |
| *(specificare)*: |  |

A tal fine chiede l’abilitazione del proprio badge all’apertura dei seguenti varchi:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Accesso CV1 (carraio+pedonale+atrio) |  | Laboratori didattici + Camere di crescita/Fitotroni |
|  | Accesso CV2 (carraio+pedonale+atrio) |  | CV2, 2° piano, corridoio ovest |
|  | Laboratorio Infettivi (camere di crescita virus vegetali) |  | Altro *(specificare)*: |

nelle seguenti fasce di accesso *(segnare con una X l’opzione desiderata)*:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | ore 06:00 – 23:00 giorni feriali e festivi |  | sempre |

per il periodo dal al

**A tal fine dichiara: s**otto la propria responsabilità di essere pienamente consapevole che il badge di proprietà dell’Università di Verona è strettamente personale, non modificabile, deve essere conservato con cura e deve essere restituito alla scadenza. Dichiara inoltre di essere consapevole delle responsabilità assunte ai sensi delle normative vigenti in materia di sicurezza. in particolare riguardo il D.Lgs. 81/2008 e D.lgs. 106/2009 e acconsente al trattamento dei dati unicamente ai fini di gestione del sistema. **Il sottoscritto si impegna a limitare i propri spostamenti alle sole strutture e spazi di Cà Vignal strettamente funzionali allo svolgimento delle attività motivo della richiesta. In particolare, per questioni di** sicurezza**, è espressamente vietato l’utilizzo delle aule didattiche in orari di chiusura degli edifici.** Il sottoscritto si impegna ad accettare e osservare i regolamenti, gli orari, le disposizioni in materia di sicurezza e quant’altro impartitogli dal responsabile o da un suo delegato, in relazione agli spazi il cui accesso è abilitato dal badge assegnatogli.

**Presa visione e** accettazione **del Richiedente**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| data: |  | firma: |  |

**Presa visione e autorizzazione del Responsabile di riferimento**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| cognome: | |  | nome: |  |
| *firma:* |  | | | |

**Visto e autorizzato**

Il Direttore del Dipartimento di Biotecnologie:

Prof. David Bolzonella

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*