

(Tessera a Transponder per apertura sbarre di accesso ai parcheggi)

Il sottoscritto	Cognome: _____ Nome: _____	
In qualità di	Personale a tempo indeterminato <input type="checkbox"/> Docente <input type="checkbox"/> Tecnico / Amministrativo <input type="checkbox"/> Altro _____	Personale a tempo determinato <input type="checkbox"/> Assegnista <input type="checkbox"/> Contrattista <input type="checkbox"/> Borsista <input type="checkbox"/> Dottorando <input type="checkbox"/> Ricercatore T.D. <input type="checkbox"/> Prof. a contratto <input type="checkbox"/> Altro _____
	Altro personale e Ditte esterne <input type="checkbox"/> Studente <input type="checkbox"/> Tesista <input type="checkbox"/> Ospite / Visitatore <input type="checkbox"/> Ditta _____ <input type="checkbox"/> Altro _____	
	Contatti	
Struttura / Dipartimento di appartenenza: _____		
Tel. _____ Mail: _____		

CHIEDE

Il rilascio del BADGE di accesso alla seguente struttura / Polo Didattico Universitario:

Rettorato -S.Maria in Gradi Campus di Agraria S.Carlo Campus di Scienze

Nel seguente periodo:

Dal giorno ____/____/____ al giorno ____/____/____

Fino a scadenza contrattuale (*tempo determinato*) ____/____/____

A tempo indeterminato (*solo personale strutturato*)

Per il seguente motivo: Primo Badge Smarrimento Danneggiamento

Altro _____

A tal fine dichiara di essere pienamente consapevole che il BADGE, di proprietà dell'Università' degli Studi della Tuscia, è STRETTAMENTE PERSONALE e dovrà essere riconsegnato al Servizio Prevenzione e Protezione qualora non si accedesse più alla struttura, non è modificabile e in caso di smarrimento/danneggiamento dovrà essere avvisato il S.P.P. Dichiara inoltre di essere consapevole delle responsabilità assunte ai sensi delle normative vigenti in materia di Sicurezza, in particolare riguardo il Dlgs 81/08 e il Regolamento di Ateneo per la Sicurezza e la Salute nei luoghi di lavoro, e di acconsentire al trattamento dei dati unicamente ai fini di gestione del sistema ai sensi del D.Lgs 196/03.

Per presa visione e accettazione **DELL'INTERESSATO**

Data ____/____/____

Firma _____

(Da compilare solo per personale a Tempo Determinato)

Visto: Si autorizza **Il Direttore di Dipartimento**

Dipartimento _____ Cognome e Nome (o timbro): _____

Firma _____

(Da compilare solo per altro personale e Ditte esterne)

Visto: Si autorizza **Il** Direttore di Dipartimento Dirigente Direttore lavori/esecuzione

Motivazione _____

Dipartim. / Struttura _____ Cognome e Nome (o timbro): _____

Firma _____