	<p style="text-align: center;">DIREZIONE GENERALE SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE Viale dell'Innovazione, 10-Edificio U9 20126 Milano</p>	<p style="text-align: center;">MOD 7.4.2</p>
<p>Richiesta badge per accesso in orario di chiusura dell'Ateneo</p>	<p style="text-align: center;">REV 01</p>	<p style="text-align: center;">25/10/2021</p>

Richiesta di Attivazione/Emissione/Rinnovo del Badge per Accesso in Orario di Chiusura dell'Ateneo

Il/La sottoscritto/a _____

Direttore del Dipartimento di _____

Dirigente Capo Area Settore _____

AUTORIZZA AD ACCESSO FUORI ORARIO per improrogabili attività tecnico-amministrative, didattiche o di ricerca:

Nome _____

Cognome _____


in qualità di:

- Docente
- Ricercatore/Ricercatrice
- Personale Tecnico-Amministrativo/Tecnologo
- Assegnista
- Borsista
- Titolare di contratto di collaborazione alla ricerca
- Dottorando/a
- Tesista (laurea magistrale o ciclo unico)
- Visiting researcher, PhD student, professor

Numero matricola _____

Indirizzo e-mail _____

Redazione	R.G.D	Verifica	Approvazione D.G.	Pagina	Pubblicazione Data
<i>A. Salanti</i>	<i>P.M. Montalbano</i>	<i>C. Sarati</i>	<i>C. Nicoletti</i>	1 di 2	

	<p style="text-align: center;">DIREZIONE GENERALE SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE Viale dell'Innovazione, 10-Edificio U9 20126 Milano</p>	<p style="text-align: center;">MOD 7.4.2</p>
<p>Richiesta badge per accesso in orario di chiusura dell'Ateneo</p>	<p style="text-align: center;">REV 01</p>	<p style="text-align: center;">25/10/2021</p>

Recapito telefonico _____

Data di fine rapporto (indicare se l'assunzione è a tempo indeterminato; se a tempo determinato inserire la data di fine rapporto di lavoro) _____

a svolgere l'attività concordata presso l'edificio _____, locale n. _____

E RICHIEDE

- Attivazione/emissione badge di accesso in orario di chiusura
- Rinnovo attivazione dell'accesso in orario di chiusura per il badge n. _____

Il/La Sottoscritto/a **DICHIARA** altresì, sotto propria personale responsabilità, **di avere accertato e comprovato** la formazione e l'addestramento del lavoratore in materia di salute e sicurezza per le attività e le operazioni da svolgere.

IL DIRETTORE DI DIPARTIMENTO/DIRIGENTE/CAPO AREA,

Data _____

Firma _____

Redazione	R.G.D	Verifica	Approvazione D.G.	Pagina	Pubblicazione Data
<i>A. Salanti</i>	<i>P.M. Montalbano</i>	<i>C. Sarati</i>	<i>C. Nicoletti</i>	2 di 2	