



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO
DIPARTIMENTO DI SCIENZE CLINICHE E BIOLOGICHE

Al Direttore del
Dipartimento di Scienze Cliniche e
Biologiche

Il sottoscritto _____ con la presente comunica che
il/la _____ a partire dal
_____ fino al _____ frequenterà il laboratorio di
_____, di cui il sottoscritto è Responsabile, in qualità di
_____.

Si chiede pertanto l'autorizzazione, per la persona sopra indicata, ad accedere ai locali del
Dipartimento di Scienze Cliniche e Biologiche mediante registrazione del pass digitale, nonché
l'attivazione della sorveglianza sanitaria.

Si allega inoltre copia del bonifico che attesta il pagamento della polizza assicurativa a garanzia
dei rischi derivanti da responsabilità civile ed infortuni necessaria per lo svolgimento di attività
presso il Dipartimento.

Cordiali saluti.

Data/luogo _____

Firma
