*Spett*. INAIL

Via delle Porte Nuove, 61

50144 – FIRENZE

*p.c.* Dott.ssa Monica Matteini

*Università degli Studi*

*Affari Generali*

*P.za S.Marco 4*

*Firenze*

Il/La sottoscritto/a prof. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ comunica, per opportuna conoscenza, che nell’ambito del corso/master di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ i sottoelencati studenti, effettueranno nel giorno\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dalle ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alle ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ una esercitazione/visita studio presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ città\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per l’insegnamento di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

E dichiara:

- che i sottoelencati studenti hanno seguito e superato con profitto il “Corso di Formazione in materia di Sicurezza nei Luoghi di Lavoro”, per la frequenza dei corsi che prevedano l’accesso ai laboratori, esercitazioni presso strutture esterne e per lo svolgimento del tirocinio, come previsto dalla vigente normativa sulla sicurezza nei luoghi di lavoro, D.Lgs 81/08;

- di aver seguito e superato con profitto il corso sulla "Formazione generale obbligatoria dei lavoratori in materia di salute e sicurezza ai sensi dell'Accordo Stato Regioni del 21.12.2011" che è rivolto a tutto il personale inclusi: Docenti, Ricercatori, Assegnisti, Personale Tecnico Amministrativo e Collaboratori ed Esperti Linguistici;

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Cognome** | **Nome** | **Numero di matricola\*** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Cognome** | **Nome** | **Numero di matricola\*** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

***Si prega di compilare la tabella inserendo nelle specifiche colonne cognome, nome e numero di matricola (attenzione ai casi di doppio cognome o doppio nome)***

***\* Si prega di inserire il numero di matricola che lo studente possedeva al momento del superamento del “Corso di Formazione in materia di Sicurezza nei Luoghi di Lavoro”***

Note: il modulo, firmato dal docente responsabile, deve essere inviato a esercitazioni@dagri.unifi.it

Distinti saluti, Il docente responsabile dell’attività

Prof. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

VISTO:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il Direttore del Dipartimento

Prof. Simone Orlandini

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