



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
FIRENZE

DIPARTIMENTO
DI CHIMICA
"UGO SCHIFF"



ATTENZIONE

*Si invita a prendere visione dell'intero
contenuto del modulo, in particolare
dell'ultima pagina!*

Completare il modulo in ogni sua parte e
consegnare in Segreteria **tutte** le pagine.





AL DIRETTORE del DIPARTIMENTO di CHIMICA “UGO SCHIFF”

Il/La sottoscritto/a (*Cognome e Nome*) _____

Recapito telefonico personale: _____

Indirizzo e-mail: ¹ _____ @stud.unifi.it

Oppure

Indirizzo e-mail: _____ @unifi.it

Oppure

Indirizzo e-mail: _____ @ _____

Stanza/Laboratorio n° _____ Telefono interno n° _____

Nome del Responsabile Scientifico/Tutor/Relatore (afferente al Dipartimento) che controfirma la presente richiesta- (*NOTA*: analogo a quanto al termine della pag 4 del presente modulo)

In qualità di (*contrassegnare opportunamente*):

Assegnista _____ Borsista _____ Dottorando _____ in _____
ciclo _____

Laureando _____ matricola n° _____ (*vedi NOTA finale*)

Corso di Studio _____

Tirocinante _____ matricola n° _____ (*vedi NOTA finale*)

Corso di Studio _____

Perfezionando Post tesi o Dottorato con Titolo conseguito in data: _____

Studente iscritto a:

Master _____; Corso di perfezionamento _____ Corso di aggiornamento _____
in: _____

Collaboratore a Progetto _____ retribuzione mensile di EURO _____

Altro

(specificare): _____

¹ Per coloro che ne sono in possesso è **obbligatorio** indicare l'indirizzo istituzionale



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
FIRENZE

DIPARTIMENTO
DI CHIMICA
"UGO SCHIFF"

CHIEDE

Prima Consegna _____; Rinnovo Scadenza _____ Rinnovo Deterioramento _____

del **Badge** per l'Accesso al:

Dipartimento di Chimica "Ugo Schiff", Via della Lastruccia, 3 – 13 _____

Ex-Dipartimento Scienze farmaceutiche (parte Dip. Chimica) _____

Edificio LAP, Via Passerini _____

Per il Periodo dal _____ al _____

A tal fine Dichiara:

- _____ di aver preso visione delle Norme di Comportamento del Dipartimento di Chimica e di impegnarsi ad ottemperare a tutte le norme di sicurezza e prevenzione stabilite nei regolamenti visibili all'indirizzo:

<http://www2.chim.unifi.it/vp-184-sicurezza-e-prevenzione.html>

- _____ di **AVER ADERITO** all'assicurazione contro gli infortuni e responsabilità verso i terzi stipulata dall'Ateneo; per adesioni dal 1 ottobre 2019 al 30 settembre 2020 l'importo del premio è di euro 6,50, quale importo minimo annuale non frazionabile e nella causale deve essere indicato "**polizza infortuni periodo 01/10/2019 - 30/09/2020**" (*allegare ricevuta di pagamento*) – (per Dottorandi, Borsisti, Assegnisti, Prestatori d'opera occasionale, Perfezionandi post Tesi/ Dottorato, Iscritti a Corsi perfezionamento/aggiornamento).

E' possibile pagare il premio di assicurazione infortuni ad adesione volontaria tramite versamento su bollettino di c/c postale n. 2535 intestato all'Università degli Studi di Firenze - coperture assicurative link: <https://www.unifi.it/cmpo-v-p-4165.html>

- _____ di **NON AVER ADERITO** all'assicurazione contro gli infortuni stipulata dall'Ateneo, in quanto:

- _____ Laureando regolarmente iscritto ed in regola con il pagamento delle tasse.

- _____ Studente iscritto a Master Universitario.

- _____ Studente universitario che svolge Stage Formativo (presenta copertura da parte della



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
FIRENZE

DIPARTIMENTO
DI CHIMICA
"UGO SCHIFF"

Scuola).

- _____ Studente universitario straniero in possesso di documentazione, rilasciata dall'Università di provenienza, attestante la copertura assicurativa contro gli infortuni (allegata).
- _____ Collaboratore a Progetto (copertura assicurativa INAIL).
- _____ Già in possesso di un'assicurazione propria contro infortuni e responsabilità contro terzi (allegata).
- _____ Altro (specificare): _____

IL RICHIEDENTE (Firma): _____

IL RESPONSABILE SCIENTIFICO/TUTOR/RELATORE:

Nome e Cognome _____

(Firma): _____



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
FIRENZE

DIPARTIMENTO
DI CHIMICA
"UGO SCHIFF"

INFORMATIVA AI SENSI DEL CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI

(Art.13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n.196) L'Ufficio Provvederà al trattamento dei dati personali, anche con l'ausilio di strumenti informatici, esclusivamente ai fini del procedimento in oggetto ed in misura pertinente non eccedente e strettamente necessaria al perseguitamento delle proprie funzioni istituzionali.

I dati richiesti sono obbligatori ed in caso di eventuale rifiuto a rispondere all'Amministrazione non potrà definire la pratica.

I dati personali potrebbero essere comunicati anche ad altre amministrazioni pubbliche qualora queste debbano trattare i medesimi per eventuali procedimenti di propria competenza istituzionale.

Titolare del trattamento: Università degli Studi Firenze – Responsabile il Direttore del Dipartimento di Chimica "Ugo Schiff " - **Prof.ssa Barbara Valtancoli** - Telefono: 055/457-3274
e-mail:barbara.valtancoli@unifi.it

Ai sensi dell'articolo del Decreto Legislativo 30 Giugno 2003, n. 196 l'interessato/a ha diritto di ottenere l'accesso, l'aggiornamento, la rettificazione, l'integrazione, la cancellazione, la trasformazione e il blocco dei dati, nonché di opporsi, in tutto o in parte, al trattamento (raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, consultazione, elaborazione, modifica, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, diffusione, cancellazione e distruzione) dei propri dati personali.

Firma per Presa Visione del Dichiarante

Sesto Fiorentino, (Fi) lì _____



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
FIRENZE

DIPARTIMENTO
DI CHIMICA
"UGO SCHIFF"

NOTA Finale per Laureandi/Tirocinanti

Il tirocinio _____ e/o l'elaborato finale (L) _____ e/o la tesi (LM) _____ è stato approvato
in data _____.

Il Presidente del CdS

_____ **Si autorizza l'accesso al Dipartimento di Chimica "Ugo Schiff "**

_____ **Non si autorizza, in quanto:**

Il Direttore del Dipartimento di Chimica "Ugo Schiff "

Prof.ssa Barbara Valtancoli

Sesto F.no li _____