



AL DIRETTORE del DIPARTIMENTO di CHIMICA "UGO SCHIFF"

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

Recapito telefonico personale: _____

Indirizzo e-mail: ¹ _____ @edu.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 _____

Altro

(specificare): _____



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
FIRENZE
DICUS
DIPARTIMENTO DI CHIMICA
"UGO SCHIFF"

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

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>

IL RICHIEDENTE (Firma):

IL RESPONSABILE SCIENTIFICO/TUTOR/RELATORE:

Nome e Cognome _____

(Firma responsabile): _____



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
FIRENZE

DICUS

DIPARTIMENTO DI CHIMICA
"UGO SCHIFF"

COPERTURA ASSICURATIVA INFORTUNI PER COLORO CHE FREQUENTANO L'UNIVERSITÀ DI FIRENZE

L'Università degli Studi di Firenze ha stipulato una polizza assicurativa infortuni con Zurich Insurance con decorrenza 1° luglio 2022 e termine 30 giugno 2026 a copertura dei soggetti appartenenti alle categorie qui di seguito evidenziate:

- Studenti provenienti dall'estero autorizzati a frequentare le strutture di Ateneo in base a convenzioni, accordi, programmi, progetti internazionali o partecipanti a scambi culturali di qualsiasi genere;
- Candidati alle prove di ammissione per lo svolgimento delle prove pratiche dei corsi di laurea triennali e magistrali di Scienze motorie;
- Candidati agli esami di Stato per l'abilitazione all'esercizio delle professioni durante lo svolgimento delle prove (scritte, orali, pratiche);
- Tirocinanti extracurricolari post-laurea; tirocinanti ai fini del superamento dell'esame di Stato per l'abilitazione all'esercizio della professione;
- Titolari di borse di studio e/o di ricerca;
- Tutti i soggetti non compresi nei punti precedenti purché formalmente autorizzati a partecipare alle attività didattiche, di formazione e di ricerca sia presso le sedi dell'Ateneo sia presso terzi. A titolo esemplificativo e non esaustivo: cultori della materia, ex docenti autorizzati a frequentare le strutture di Ateneo, frequentatori, studenti delle scuole secondarie che a vario titolo svolgono attività presso le sedi Universitarie o di terzi opportunamente autorizzate, professori a contratto, soggetti titolari di contratto di prestazione autonoma per progetti di studio, didattica o ricerca.

Nota Bene: pertanto a partire dal 1° luglio 2022 il pagamento della quota assicurativa non sarà più a carico dei soggetti sopra elencati ma unicamente a carico dell'Università.



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
FIRENZE
DICUS
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 perseguimento 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" - DICUS

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, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, diffusione, cancellazione e distruzione) dei propri dati personali.

Firma per Presa Visione del Dichiarante

Luogo e Data, _____



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
FIRENZE

DICUS
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

Luogo e Data, _____