

RIATTIVAZIONE OSPITALITÀ

A cura
del Responsabile del Gruppo

Si richiede l'ospitalità per il sig. per il periodo
dal al presso il gruppo

in qualità di:

- Dipendente INFN, U.O. di Qualifica
- Associato INFN, U. O. di Qualifica
- Altro (Ente appartenenza e qualifica)

Specificare se OSPITE

- FAI
- TARI

Nel confermare la validità della documentazione precedentemente presentata (di data non anteriore a 12 mesi), ai soli fini della radioprotezione **si dichiara** che le attività contenute nella scheda di radioprotezione già consegnata non hanno subito variazioni;

Data..... Firma del Responsabile

PROROGA OSPITALITÀ

A cura
del Responsabile del Gruppo

Si chiede la proroga dell'ospitalità per il sig.
fino al presso il gruppo

Si conferma

quanto dichiarato nella documentazione precedentemente presentata.

Data..... Firma del Responsabile

A cura
Ufficio U.E.

AUTORIZZAZIONE DEI LNF dal al

Data..... Firma del Responsabile.....