

### 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.....