

RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE A SVOLGERE ATTIVITA' LAVORATIVA PRESSO I LNF

A cura dell'Interessato / To be filled by the Applicant

IO SOTTOSCRITTO / I UNDERSIGNED

Cognome e Nome - *Surname and Name* Sesso - Sex M F

Data di Nascita - *Date of Birth* Luogo di Nascita - *Place of Birth*

Domicilio - *Address*

E-mail

Codice Fiscale italiano - *Italian Fiscal Code*

- Dipendente INFN U. O. di - *Employee of O.U.INFN of* Qualifica - *As*
- Associato INFN, U. O. di - *Association O.U.INFN of* Qualifica - *As*
- Altro (Ente di Appartenenza e Qualifica) - *Other (Institute, As)*

IN QUALITA' DI U. E. "OSPITE", DICHIARO CHE / AS LNF USER "GUEST", I DECLARE THAT:

NON svolgerò attività con rischio da radiazioni ionizzanti presso i LNF - *I will NOT do any activity with ionizing radiation risk at LNF*

ALLEGO / I ENCLOSE

- Nullaosta - *Permission of the Home Institute*
- Copia del documento d'identità - *Copy of the Identity document*
- Copia della scheda di radioprotezione (se Dipendente INFN o Associato INFN di altra U. O.) o documento equivalente (per gli Utenti Esterni provenienti da altri Enti o Istituti) - *Copy of the Radiation Protection Form (if INFN-Employee or INFN-Associate) or document corresponding (if person of any other Institute)*

MI IMPEGNO A: / I UNDERTAKE:

- Comunicare qualunque variazione della propria posizione successiva al rilascio dell'Ospitalità/Associazione, presentando la relativa documentazione aggiornata - *To inform you of any changes in my position that should occur after the issue of the Hospitality/Association and to present the relevant updated documentation;*
- Comunicare all'Ufficio Utenti Esterni lo smarrimento o il furto del tesserino di riconoscimento rilasciato dai LNF - *To notify the Utenti Esterni Office the loss or the theft of LNF-badge;*
- Restituire il tesserino di riconoscimento alla scadenza dell'Ospitalità/Associazione - *To return the badge at the end of the Hospitality/Association period;*
- Acquisire le obbligatorie informazioni sulle procedure di sicurezza/emergenza previste dal Servizio Prevenzione e Protezione all'interno dei LNF a questa [pagina web](#) - *To acquire mandatory information on emergency/safety procedure established by Health and Safety Service at LNF, by accessing this [webpage](#)*

CONFERMO DI AVER LETTO: / I HAVE READ:

[Informativa sul trattamento dei dati personali](#) - *Information notice on processing of personal data*

Data - *Date* Firma - *Signature*

A cura del Responsabile del Gruppo

SI CONFERMA QUANTO SOPRA DICHIARATO E SI CHIEDE:

OSPITALITA' ASSOCIAZIONE

Per il periodo dal al

Presso il gruppo Specificare se ospite FAI

PER ATTIVITÀ DI TIPO: TEORICA/ANALISI DATI INSTALLAZIONE/RUN APPARECCHIATURE SPERIMENTALI

Ai fini della **radioprotezione** confermo che l'Utente Esterno **NON** svolgerà attività con rischio da radiazioni ionizzanti presso i LNF

Data..... Firma (leggibile) del RESPONSABILE

AUTORIZZAZIONE UFFICIO UTENTI ESTERNI LNF dal al

Data Firma del RESPONSABILE