

Al Direttore
dei Laboratori Nazionali di Frascati

Si prega di autorizzare il sig./la sig.ra
in qualità di:

(contratto a tempo indeterminato)

(contratto a tempo determinato)

dal al

a svolgere attività presso i Laboratori Nazionali di Frascati, per il periodo

dal al

Si precisa che l'interessato/a,

è coperto/a da assicurazione INAIL contro gli infortuni, ai sensi del DPR 1124/65 "Testo unico delle disposizioni per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali", e successive integrazioni e modificazioni (detta assicurazione è valida anche durante il periodo di frequenza dell'interessato/a presso i Laboratori Nazionali di Frascati)

non è coperto/a da assicurazione INAIL contro gli infortuni, ai sensi del DPR 1124/65 "Testo unico delle disposizioni per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali", e successive integrazioni e modificazioni.

Timbro dell'Istituto e Firma del Direttore