



Università degli Studi di Genova  
DI PARTIMENTO DI MEDICINA INTERNA E  
SPECI ALITÀ MEDICHE

16132 Genova – Viale Benedetto XV, 6 – Tel. +39 010 353.71 - +39 010 353.7900-7901 – Telefax +39 010  
353.8638

E-mail: dirdimi@unige.it – Partita I.V.A. 00754150100



**Al Direttore del Di.MI**

Oggetto: richiesta di permesso di accesso ai locali del Dipartimento Di.M.I.

Io sottoscritto \_\_\_\_\_, in servizio presso il Di.M.I., chiede che

- il/la sottoscritto/a
- che il sotto elencato collaboratore

possa accedere, sotto la mia personale responsabilità, ai locali del Dipartimento e che gli venga fornita:

- una tessera magnetica di accesso

Nome \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_

Laboratorio \_\_\_\_\_

Cellulare \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_

Tipologia di collaborazione:

- Dottorando       Tirocinante       Art.23       Collaboratore esterno retribuito
- Assegnista       Tesista       ex Art.33       Collaboratore esterno
- Borsista       Altro (specificare)

Durata della collaborazione:

Inizio \_\_\_\_\_

Fine \_\_\_\_\_

In caso di smarrimento della tessera mi impegno a darne immediata comunicazione al Dipartimento.  
Il costo sostenuto dovrà gravare sui fondi \_\_\_\_\_ (Responsabile Scientifico)

In fede,

Visto per approvazione  
Il Responsabile Scientifico

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Genova, \_\_\_\_\_