



UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI  
FIRENZE

DIPARTIMENTO  
DI CHIMICA  
"UGO SCHIFF"



## *ATTENZIONE*

*Si invita a prendere visione dell'intero  
contenuto del modulo, in particolare  
dell'ultima pagina!*

Completare il modulo in ogni sua parte e  
consegnare in Segreteria **tutte** le pagine.





UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI  
FIRENZE

DIPARTIMENTO  
DI CHIMICA  
"UGO SCHIFF"

**AL DIRETTORE del DIPARTIMENTO di CHIMICA "UGO SCHIFF"**

Il/La sottoscritto/a (Cognome e Nome) \_\_\_\_\_

Recapito telefonico personale: \_\_\_\_\_

Indirizzo e-mail: <sup>1</sup> \_\_\_\_\_ @stud.unifi.it

Oppure

Indirizzo e-mail: \_\_\_\_\_ @unifi.it

Oppure

Indirizzo e-mail: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Stanza/Laboratorio n° \_\_\_\_\_ Telefono interno n° \_\_\_\_\_

Nome del Responsabile Scientifico/Tutor/Relatore (affidente al Dipartimento) che controfirma la presente richiesta- (NOTA: analogo a quanto al termine della pag 4 del presente modulo)

In qualità di (*contrassegnare opportunamente*):

Assegnista \_\_\_\_\_ Borsista \_\_\_\_\_ Dottorando \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ ciclo \_\_\_\_\_

Laureando \_\_\_\_\_ matricola n° \_\_\_\_\_ (*vedi NOTA finale*)

Corso di Studio \_\_\_\_\_

Tirocinante \_\_\_\_\_ matricola n° \_\_\_\_\_ (*vedi NOTA finale*)

Corso di Studio \_\_\_\_\_

Perfezionando Post tesi o Dottorato con Titolo conseguito in data: \_\_\_\_\_

Studente iscritto a:

Master \_\_\_\_\_; Corso di perfezionamento \_\_\_\_\_ Corso di aggiornamento \_\_\_\_\_

in: \_\_\_\_\_

Collaboratore a Progetto \_\_\_\_\_ retribuzione mensile di EURO \_\_\_\_\_

Altro

(specificare): \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Per coloro che ne sono in possesso è **obbligatorio** indicare l'indirizzo istituzionale



UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI  
FIRENZE

DIPARTIMENTO  
DI CHIMICA  
"UGO SCHIFF"

## CHIEDE

Prima Consegna \_\_\_\_\_; Rinnovo Scadenza\_\_\_\_\_ Rinnovo Deterioramento\_\_\_\_\_

del **Badge** per l'Accesso al:

Dipartimento di Chimica "Ugo Schiff", Via della Lastruccia, 3 – 13 \_\_\_\_\_

Ex-Dipartimento Scienze farmaceutiche (parte Dip. Chimica) \_\_\_\_\_

Edificio LAP, Via Passerini \_\_\_\_\_

**Per il Periodo dal** \_\_\_\_\_ **al** \_\_\_\_\_

### **A tal fine Dichiara:**

- \_\_\_\_\_ di aver preso visione delle Norme di Comportamento del Dipartimento di Chimica e di impegnarsi ad ottemperare a tutte le norme di sicurezza e prevenzione stabilite nei regolamenti visibili all'indirizzo:

<http://www2.chim.unifi.it/vp-184-sicurezza-e-prevenzione.html>

- \_\_\_\_\_ di **AVER ADERITO** all'assicurazione contro gli infortuni e responsabilità verso i terzi stipulata dall'Ateneo; per adesioni dal 1 ottobre 2018 al 30 settembre 2019 l'importo del premio è di euro 6,50, quale importo minimo annuale non frazionabile e nella causale deve essere indicato "**polizza infortuni periodo 01/10/2018 - 30/09/2019**" (*allegare ricevuta di pagamento*) – (per Dottorandi, Borsisti, Assegnisti, Prestatori d'opera occasionale, Perfezionandi post Tesi/ Dottorato, Iscritti a Corsi perfezionamento/aggiornamento).

E' possibile pagare il premio di assicurazione infortuni ad adesione volontaria tramite versamento su bollettino di c/c postale n. 2535 intestato all'Università degli Studi di Firenze

- \_\_\_\_\_ di **NON AVER ADERITO** all'assicurazione contro gli infortuni stipulata dall'Ateneo, in quanto:

- \_\_\_\_\_ Laureando regolarmente iscritto ed in regola con il pagamento delle tasse.

- \_\_\_\_\_ Studente iscritto a Master Universitario.

- \_\_\_\_\_ Studente universitario che svolge Stage Formativo (presenta copertura da parte della



UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI  
FIRENZE

DIPARTIMENTO  
DI CHIMICA  
"UGO SCHIFF"

Scuola).

- \_\_\_\_\_ Studente universitario straniero in possesso di documentazione, rilasciata dall'Università di provenienza, attestante la copertura assicurativa contro gli infortuni (allegata).

- \_\_\_\_\_ Collaboratore a Progetto (copertura assicurativa INAIL).

- \_\_\_\_\_ Già in possesso di un'assicurazione propria contro infortuni e responsabilità contro terzi (allegata).

- \_\_\_\_\_ Altro (specificare): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**IL RICHIEDENTE (Firma):** \_\_\_\_\_

**IL RESPONSABILE SCIENTIFICO/TUTOR/RELATORE:**

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

(Firma): \_\_\_\_\_



UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI  
FIRENZE

DIPARTIMENTO  
DI CHIMICA  
"UGO SCHIFF"

## INFORMATIVA AI SENSI DEL CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI

(Art.13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n.196) L'Ufficio Provvederà al trattamento dei dati personali, anche con l'ausilio di strumenti informatici, esclusivamente ai fini del procedimento in oggetto ed in misura pertinente non eccedente e strettamente necessaria al perseguimento delle proprie funzioni istituzionali.

I dati richiesti sono obbligatori ed in caso di eventuale rifiuto a rispondere all'Amministrazione non potrà definire la pratica.

I dati personali potrebbero essere comunicati anche ad altre amministrazioni pubbliche qualora queste debbano trattare i medesimi per eventuali procedimenti di propria competenza istituzionale.

**Titolare del trattamento:** Università degli Studi Firenze – Responsabile il Direttore del Dipartimento di Chimica "Ugo Schiff" - **Prof. Andrea Goti** - Telefono: 055/457-3505 e-mail: [andrea.goti@unifi.it](mailto:andrea.goti@unifi.it)

Ai sensi dell'articolo del Decreto Legislativo 30 Giugno 2003, n. 196 l'interessato/a ha diritto di ottenere l'accesso, l'aggiornamento, la rettificazione, l'integrazione, la cancellazione, la trasformazione e il blocco dei dati, nonché di opporsi, in tutto o in parte, al trattamento (raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, consultazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, diffusione, cancellazione e distruzione) dei propri dati personali.

**Firma per Presa Visione del Dichiarante**

---

Sesto Fiorentino, (Fi) lì \_\_\_\_\_



UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI  
FIRENZE

DIPARTIMENTO  
DI CHIMICA  
"UGO SCHIFF"

**NOTA Finale per Laureandi/Tirocinanti**

Il tirocinio \_\_\_\_\_ e/o l'elaborato finale (L) \_\_\_\_\_ e/o la tesi (LM) \_\_\_\_\_ è stato approvato

in data \_\_\_\_\_.

Il Presidente del CdS

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ **Si autorizza l'accesso al Dipartimento di Chimica "Ugo Schiff"**

\_\_\_\_\_ **Non si autorizza, in quanto:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Il Direttore del Dipartimento di Chimica "Ugo Schiff"**

Prof. Andrea Goti

\_\_\_\_\_

Sesto F.no li \_\_\_\_\_