*Spett*. INAIL

Via delle Porte Nuove, 61

50144 – FIRENZE

*p.c.* Dott.ssa Monica Matteini

*Università degli Studi*

*Affari Generali*

*P.za S.Marco 4*

*Firenze*

Il/La sottoscritto/a prof. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ comunica, per opportuna conoscenza, che nell’ambito del corso/master di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ i sottoelencati studenti, effettueranno nel giorno\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dalle ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alle ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ una visita alla/al mostra/fiera/museo di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ città\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per l’insegnamento di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ;

E dichiara:

- di aver seguito e superato con profitto il corso sulla "Formazione generale obbligatoria dei lavoratori in materia di salute e sicurezza ai sensi dell'Accordo Stato Regioni del 21.12.2011" che è rivolto a tutto il personale inclusi: Docenti, Ricercatori, Assegnisti, Personale Tecnico Amministrativo e Collaboratori ed Esperti Linguistici;

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Cognome** | **Nome** | **Numero di matricola** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Cognome** | **Nome** | **Numero di matricola** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

***Si prega di compilare la tabella inserendo nelle specifiche colonne cognome, nome e numero di matricola.***

Note: il modulo, firmato dal docente responsabile, deve essere inviato a esercitazioni@dagri.unifi.it

Distinti saluti, Il docente responsabile dell’attività

 Prof. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 VISTO:

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

Il Direttore del Dipartimento

Prof. Simone Orlandini

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**