Alla cortese attenzione di…………….

DIRIGENTE AI FINI ANTINFORTUNISTICI

ENTE OSPITANTE

**Oggetto:**

**Richiesta di frequentazione dei laboratori del Dipartimento da parte di ……………………., ai fini della collaborazione istituzionale tra …………………. sulla ricerca condotta nell’ambito di…………………..**

Il sottoscritto ………………., in qualità di (DIRIGENTE AI FINI ANTINFORTUNISTICI SNS) Scuola Normale Superiore, sentito il prof. ……………… (PREPOSTO AI FINI ANTINFORTUNISTICI SNS) nella sua qualità di responsabile scientifico del dr. ……………….., chiede la frequentazione dei laboratori di ricerca del Dipartimento di ……………….. da parte di ………………….(RUOLO) della Scuola Normale Superiore:

**Dr. …………………….**

(ESEMPIO)

La frequenza avviene nell’ambito della collaborazione istituzionale tra SNS ed ……….. sul progetto di ricerca “……………………………………………”.

L’autorizzazione è richiesta con specifico riferimento ai laboratori di ricerca presso il Dipartimento …………………. (ENTE OSPITANTE) per le attività di studio relative a ………………….

La frequenza di tali laboratori avverrà nel periodo dal ………….. al …………, sotto la supervisione di ………………….. (TUTOR E PREPOSTO ENTE OSPITANTE), e si dichiara che il dr……………. è in possesso dei seguenti requisiti:

1. Copertura assicurativa inerente alle mansioni che dovrà espletare nell’ambito della ricerca c/o i vostri laboratori: polizza infortuni compagnia Unipol Sai polizza n. 186755692, scadenza 30.06.2023.

2. Idoneità alla mansione di ricercatore con attività di tipo teorico, come da certificato di idoneità allegato;

3. Formazione certificata, come da moduli allegati;

Si precisa inoltre che, ai sensi dell’art. 3 comma 6 del D.lgs. 81/08 e s.m.i. il personale ospite sarà equiparato a “soggetto distaccato”, e pertanto sarà cura dell’ente ospitante provvedere a:

1.fornire gli idonei dispositivi di protezione individuale

2.formare ed informare in relazione sia ai rischi specifici, con particolare riguardo ai processi di ricerca, all’uso delle attrezzature scientifiche e delle sostanze impiegate nel protocollo di ricerca adottato;

3.definire, mediante specifico piano operativo di sicurezza, le misure di prevenzione protezione generali e specifiche relative alla ricerca da espletare;

4.istituire la sorveglianza sanitaria, così come prevede la vigente normativa in materia di salute dei lavoratori per le specifiche mansioni svolte presso il Dipartimento di Farmacia qualora diverse da quelle di cui alla idoneità sopra descritta.

Si richiede in caso di incidente di avvisare il datore di lavoro SNS a questi contatti:

Email: spp@sns.it Tel.: 050509514

Pisa lì …………………….

In Fede

…………………………………………………….

(DIRIGENTE SNS)

……………………………………………

(Responsabile scientifico e PREPOSTO)

Per conoscenza

…………………………………………….. (PERSONALE SNS)

Per accettazione

……………………………………………………

(PREPOSTO ENTE OSPITANTE)

Per accettazione

……………………………………………………

(DIRIGENTE ENTE OSPITANTE)