



**UNIVERSITÀ
DI PARMA**

Al Dottorando/Assegnista/Borsista/Altro

e, p.c. Al Direttore del **Centro SITEIA.PARMA**

Il sottoscritto Prof. _____

del **Centro SITEIA.PARMA**

AUTORIZZA

Il Dott./La Dott.ssa

(nome) _____

(cognome) _____

Recapito telefonico _____

email _____

Con la qualifica di

a frequentare il **Centro** (codice Sipe locale) _____

nel periodo (indicare giorni e orari): _____

per poter svolgere attività di ricerca indifferibile.

L'autorizzazione è condizionata:

- all'accettazione da parte del richiedente delle disposizioni del Direttore generale del 29/04/2020 e del 05/05/2020 e del protocollo del **Centro** per il contrasto e contenimento del contagio SARS-CoV-2 (COVID-19)
- allo svolgimento dei corsi on-line sulla sicurezza e covid-19

Parma, _____