Al Coordinatore/Coordinatrice del corso di studio

e p.c. alla manager didattica

Dr.ssa Paola Rizzati

Oggetto: **richiesta autorizzazione attività di campo/scavo archeologico**

Il/la sottoscritto/a ­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

docente dell’insegnamento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Corso di studio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

chiede l’autorizzazione ad effettuare attività di campo/scavo archeologico presso:

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

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

dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Tale attività è funzionale all’acquisizione delle competenze e conoscenze previste dagli obbiettivi formativi dell’insegnamento di cui sono titolare.

Per le **attività di campo/scavo archeologico** gli studenti sono stati informati sulle prescrizioni e comportamenti da tenere ai sensi del D.lgs. 81/2008, così come indicato **nell’autocertificazione** firmata singolarmente da ogni studente e consegnata al docente che organizza l’attività.

È possibile vedere le informazioni sulla polizza infortuni all’indirizzo:

<http://www.unife.it/it/x-te/diritti/infortuni>

e-mail: infortuni@unife.it

data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Firma del docente*

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

Elenco dei partecipanti:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **COGNOME** | **NOME** | **N. Matricola** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |