**PROCEDURA PER**

 **RICHIESTA DI COPERTURA ASSICURATIVA PER COLLABORATORE VOLONTARIO ALLA RICERCA**

1. **COMPILARE IL MOD. 1 E CONSEGNARLO ALL’Ufficio PASS Laboratorio**
* **stanza n. 16 piano 1° (Sig. Patanè Marcello)**
1. **COMPILARE ED INVIARE IL MOD.2 UNA VOLTA VISTATO DAL DIRETTORE;**
2. **ALLA CONFERMA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA IL COLLABORATORE DOVRÀ PRESENTARSI AL SIG. PATANÈ PER LA COMPILAZIONE DELLA MODULISTICA ED IL RILASCIO DEL TESSERINO.**

 LA SEGRETERIA DI DIREZIONE DEL DSF

**Mod. 1**

 Catania,

Al Direttore del Dipartimento di

 Scienze del Farmaco

Oggetto: richiesta di autorizzazione alla frequenza del laboratorio di …………………………………………….………...

per il/la dott. ………………………………………………………………………………..

Gentile Direttore,

Io sottoscritto/a Prof.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_con la presente chiedo che il/la dott. …………………..…………………………………………………………………………………. possa frequentare il laboratorio di ……………………………………………………… come collaboratore volontario alla ricerca sotto la mia supervisione per un periodo di mesi ……..….

Il/la dott. …………………………………………………….. usufruirà della copertura assicurativa di Ateneo per infortuni e RCT, a seguito di segnalazione alla responsabile della procedura dott.ssa M. Nipitella, che allego in copia.

 Cordiali saluti

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

**Mod. 2**

Catania,

Alla dott.ssa Marinella Nipitella

marinella.nipitella@unict.it

Al Dirigente APPAM

ac.appam@unict.it

Oggetto: richiesta di copertura assicurativa per collaboratore volontario alla ricerca.

Gent.ma dott.ssa Nipitella,

Io sottoscritto/a Prof.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ richiedo la copertura assicurativa infortuni e RCT per il/la dott. ………………………………..……………...……………… che frequenterà il laboratorio di ……………………………………………………… come collaboratore volontario alla ricerca sotto la mia supervisione per un periodo di mesi ………….

**A seguire i dati del collaboratore:**

Nome e cognome:

Luogo e data di nascita:

Indirizzo:

Nazionalità:

C.F. :

Recapito telefonico:

E-mail:

**La prego di comunicarmi la data di decorrenza della copertura assicurativa al mio indirizzo e- mail su riportato e al Tecnico Sig. Marcello Patanè** **marpaten@unict.it**

 Cordiali saluti

 Il Docente

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

 Visto il Direttore DSF

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