

 Dipartimento di SCIENZE

 del FARMACO e della SALUTE

 Catania,

**AL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO**

**DI SCIENZE DEL FARMACO E DELLA SALUTE**

***Oggetto: autorizzazione ingresso in Dipartimento in orario di chiusura***

***(ai sensi dell’art. 9, c. 2 del regolamento di Ateneo per l’accesso ai locali dei Dipartimenti)***

# \_\_\_\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ chiede che le/gli venga rilasciata (ovvero, che venga rilasciata alla dott.ssa/dott.

# \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

# in qualità di propria/o collaboratrice/collaboratore alla ricerca),

# l’autorizzazione ad accedere ai locali del Dipartimento al di fuori dell’orario di apertura,

# nei giorni / /

# (ovvero, nelle giornate di sabato e domenica del mese di ……………………. 20…..…),

# al fine di svolgere attività collegate ad esigenze di (facoltativo):

#  🞏 studio 󠆬 󠆬🞏 ricerca 🞏 didattica/formazione 🞏 congressi/seminari

Distinti saluti

 Firma

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

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

 Visto

 Il Direttore del DSFS

*P.S.: SI INVITANO GLI INTERESSATI A CONSEGNARE COPIA FIRMATA DELLA RICHIESTA PRESSO LA GUARDIOLA ALL’INGRESSO E DI INVIARNE UNA COPIA ALLE SEGUENTI EMAIL:*

gliacona@unict.it

operativa.me@ksmspa.com