[](http://www.unict.it/sites/default/files/linee-guida-logo%20(2).p)

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](mailto:gliacona@unict.it)

[operativa.me@ksmspa.com](mailto:OPERATIVA.ME@KSMSPA.COM)