

Al Direttore del
Dipartimento di Oncologia
Università degli Studi di Torino
Sede

Il sottoscritto _____ con la presente comunica che
il/la Sig/ra _____
a partire dal _____ fino al _____
frequenterà il laboratorio di _____
di cui il sottoscritto è Responsabile, in qualità di _____

Si chiede pertanto l'autorizzazione, per la persona sopra indicata, ad accedere ai locali del Dipartimento di Oncologia mediante registrazione del pass digitale, nonché l'attivazione della sorveglianza sanitaria.

Si allega inoltre copia del bonifico che attesta il pagamento della polizza assicurativa a garanzia dei rischi derivanti da responsabilità civile ed infortuni necessaria per lo svolgimento di attività presso il Dipartimento.

Cordiali saluti

luogo _____

data _____

Firma _____

Università degli Studi di Torino - Dipartimento di Oncologia

Sede legale: c/o A.O.U. San Luigi Gonzaga - Regione Gonzole 10, 10043 Orbassano, To - Italy - Tel 0039 011 6705403-29, Fax 0039 011 6705413

Satellite Candiolo: c/o I.R.C.C. - Strada Provinciale 142, km 3,95, 10060 Candiolo, To - Italy - Tel 0039 011 9933614, Fax 0039 011 9933417

Satellite Torino: Via Michelangelo Buonarroti 27/bis, 10126 Torino - Italy - Tel 0039 011 6705306, Fax 0039 011 6705312

email: direzione.onco@unito.it, PEC: oncologia@pec.unito.it, CF: 80088230018 - P.I.: 02099550010