**SCHEDA SICUREZZA**

**PER PERSONALE ESTERNO IN VISITA presso IAS CNR Sede Secondaria di ORISTANO**

**Dati anagrafici**

**Nome e Cognome:**

**Luogo e data di nascita:**

**Codice fiscale :**

**Residenza :**

**Indirizzo :**

**Telefono : Email :**

**Disabile :**  **Si No**

**Periodo di visita**

**Inizio/fine tirocinio all’IAS-CNR Oristano:** **dal …………..…… al …………………**

**Orari di accesso ai locali : 09.00-13.00, 15.00-18.00**

**Tutor all’IAS CNR UOS Oristano: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Ente/Istituto/Struttura di origine: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Responsabile all’Istituto/Struttura di origine: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Dati** **Polizza Assicurativa contro infortuni:**

**Polizza n.: …………………….. Compagnia Assicurativa:…………………………**

**Validità della polizza dal ……………… al …………………..**

**Breve descrizione dell’attività, dei possibili rischi e degli eventuali rimedi:**

**…………………………………………………………………………………………………..**

**…………………………………………………………………………………………………..**

**Con la presente dichiara di:**

seguire le indicazioni del Tutor interno e fare riferimento ad esso per qualsiasi esigenza di tipo organizzativo od altre evenienze;

rispettare gli obblighi di riservatezza circa processi produttivi, prodotti o altre notizie sull’istituto di cui venga a conoscenza, sia durante che dopo lo svolgimento del tirocinio;

aver ricevuto, letto e compreso e di rispettare i regolamenti dell’Istituto e le norme in materia di igiene e sicurezza.

[Luogo e data], \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del personale in visita Firma del Tutor

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

Firma del RSS \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_