

RICHIESTA DI ACCESSO ALLE STRUTTURE DEL DIPARTIMENTO DI SCIENZE BIOMEDICHE – EX ISTITUTO DI FISILOGIA

Dati personali

Il/La sottoscritto/a (Nome).....(Cognome)

Nato/a a Provincia il (gg/mm/aaaa)

Codice Fiscale Matricola.....

Cellulare Email

Qualifica

affidente al Dipartimento di

(oppure) a

Docente di riferimento: Nome Cognome

Telefono interno

RICHIEDE

- Abilitazione tessera nr con validità da a
- Estensione validità tessera nr:
- Emissione nuova tessera con validità da a

Si impegna a restituire la tessera alla data di scadenza della stessa o nell'eventualità che il rapporto si concluda anticipatamente

Aree di accesso

- Ex Istituto di Fisiologia
- Area parcheggi Ex Istituto di Fisiologia

Orari di abilitazione all'accesso:

- 8.00 – 19.00 (*ospiti, studenti, collaboratori esterni, altri frequentatori*)
- 24/24 (*docenti, PTA, dottorandi, assegnisti, borsisti*)
- Sabato, domenica e festivi

Dati auto:

Modello Targa

Modello Targa

In ottemperanza alle disposizioni previste dal D.Lgs 196/03, i dati dichiarati nel presente modulo e i dati relativi alla registrazione del transito saranno utilizzati dall'Università degli Studi di Padova ai fini contabili, amministrativi e statistici relativamente alle attività di gestione del sistema di controllo accessi universitario, in relazione a quanto disciplinato dal Regolamento "Sistema di controllo accessi a strutture universitarie" e al sistema di controllo permanenza dei soli soggetti autorizzati all'interno di alcune aree mediante cartellino. Il trattamento sarà effettuato su supporto cartaceo e/o con l'ausilio di mezzi elettronici ed automatizzati. Il conferimento dei dati indicati nel presente modulo è necessario al fine del rilascio e dell'aggiornamento delle tessere di accesso e dei cartellini di riconoscimento. Titolare del trattamento è l'Università degli Studi di Padova. I dati non saranno oggetto di comunicazione o diffusione a terzi, se non per i necessari obblighi di legge. In ogni momento l'interessato potrà esercitare i propri diritti ai sensi dell'art. 7 nei confronti del titolare del trattamento.

Data

Firma del richiedente

Firma del Docente di riferimento

Firma del Direttore