

NON IIT PERSONNELL ACCESS PROCEDURE



ISTITUTO ITALIANO
DI TECNOLOGIA

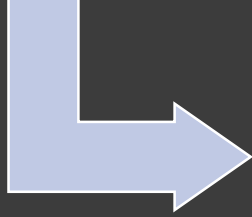
SAPIENZA
CNR-NANOTECH
EBRI FOUNDATION

NEW EXTERNAL
COLLABORATOR

**IF THE COLLABORATOR TAKES PART
DURING EXPERIMENTS FOR
 ≥ 3 MONTHS ...**

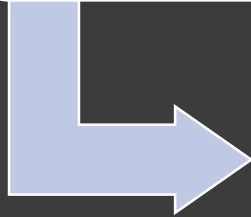
WRITE AN EMAIL TO
ACCESSICLNS@IIT.IT

- NAME, SURNAME, SAPIENZA DEPARTMENT MEMBERSHIP, EMAIL ADDRESS, LABORATORY THAT WILL ATTEND, REQUEST OF BADGE IF NEEDED

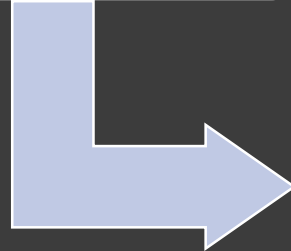


FILL IN THE NULLA
OSTA AND REFER TO
GIOVANNI MURTAS
(2 -5 pm Mondays to
Fridays)

- The new collaborator will receive an email with instructions and documents to fill in



DELIVER THE
PERSONAL
INFORMATION TO
GIOVANNI



THE COLLABORATOR WILL
BE REGISTERED INTO SAP
- HE/SHE IS OFFICIALLY
PART OF CLNS@SAPIENZA
15 DAYS AFTER THE
REGISTRATION PROCESS



SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA

Fondazione Istituto Italiano di Tecnologia
Via Morego, 30
16163 Genova (GE)
Italia

Oggetto: Dichiarazione coperture assicurative e sicurezza sul lavoro

Con la presente si dichiara che il Sig./Dott. _____ nato/a a _____
il _____, Cittadinanza _____, Extra-UE SI o NO,
C.F. _____, Residente in Via/Piazza _____, indirizzo email
_____, n° telefono _____ di seguito indicato come
"il richiedente", risulta attualmente

- iscritto
 impiegato

presso Sapienza Università' di Roma, Dipartimento di _____, dal giorno
_____ in qualità di

- studente (corso di Laurea in _____)
 Dottorando (Dottorato in _____)
 Borsista
 Assegnista

In riferimento alla Convenzione quadro del 04/01/2018 Prot. N° 0000049/18 stipulata tra IIT e Sapienza Università' di Roma, il richiedente avrà accesso al CLNS, sito in Roma, viale Regina Elena 291, dell'Istituto Italiano di Tecnologia, sito in Genova, Via Morego 30 per il periodo di tempo dal _____ al _____ al fine di svolgere attività di studio/ricerca sotto la supervisione del PI della linea di ricerca :

- NANOTECHNOLOGIES FOR NEUROSCIENCES (RUOCCO)
 COMPUTATIONAL MEDICINE (SUCCI)
 NEUROSCIENCE AND BEHAVIOUR (IANNETTI)
 NON CODING RNAs IN PHYSIOLOGY AND PATOLOGY (BOZZONI)

Il richiedente si impegna a non divulgare all'esterno conoscenze di carattere riservato acquisite a seguito ed in relazione alla collaborazione oggetto del presente accordo e di garantire la più completa riservatezza nei confronti dell'attività di ricerca svolta presso i laboratori della Fondazione.

Si dichiara altresì che, per il periodo di permanenza presso le strutture IIT, il richiedente risulta coperto dalle assicurazioni indicate nella sopracitata Convenzione quadro a carico della Sapienza Università' di Roma e nell'ambito delle attività da svolgere presso IIT:

- Assicurazione obbligatoria INFORTUNI SUL LAVORO INAIL
- RCT: polizza n. _____ Compagnia: _____

Il richiedente si impegna altresi' a trasmettere, qualora ne sia in possesso, copia del Giudizio di idoneità e degli attestati di formazione perseguiti ai sensi di quanto stabilito dal D.lgs. 9 aprile 2008, n. 81 e dal D.M. 363/98 in merito alla sorveglianza sanitaria, formazione generale e specifica, obbligatorie in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, anche ai sensi dell'Accordo Stato-Regioni, inviandoli al seguente recapito: health.safety@iit.it.

In caso di infortunio occorso durante il periodo di permanenza, si richiede tempestiva comunicazione e descrizione della dinamica dell'evento contattando direttamente la Sig.ra Elisiana Tafi al fine di permettere l'assolvimento degli obblighi previsti dalla normativa vigente.

Per tutto il periodo del suo soggiorno presso i laboratori di IIT il richiedente si impegna ad osservare tutte le regole di salute e sicurezza adottate dalla Fondazione IIT come stabilito dalla legge italiana nel d.lgs 81/2008.

Roma _____,

Il richiedente

Il Docente di riferimento

Allegare al presente modulo i seguenti documenti:

1. Fotocopia carta d'identita'
2. C.V. che indichi la formazione effettuata precedentemente al corso di studio in essere
3. Fotocopia Tessera Sanitaria
4. Attestato formazione obbligatoria GENERALE e SPECIFICA
5. Idoneita' lavorativa

HEALTH AND SAFETY PROCEDURE

