

MODULO DI REGISTRAZIONE / REGISTRATION FORM

A cura dell'interessato/To be filled by the applicant:

COGNOME/SURNAME.....NOME/NAME..... genere/gender ☐ M ☐ F

DATA E LUOGO DI NASCITA/DATE AND PLACE OF BIRTH.....

RESIDENZA/HOME ADDRESS.....
Via/Street Comune e Provincia/Town Paese/Country Tel./Phone no.

ENTE DI APPARTENENZA/ HOME INSTITUTION.....

INDIRIZZO/ADDRESS.....
Via/Street Comune e Provincia/Town Paese/Country Tel./Phone no.

Username INFN-AAI (o email): NAZIONALITA'/NATIONALITY

CODICE FISCALE/ TAX CODE ((rilasciato dall'Agenzia Italiana delle Entrate /issued by the Italian Revenue Service)

TITOLO DI STUDIO/EDUCATIONAL QUALIFICATIONS.....

- ☐ Dipendente INFN Sezione di/Employee of INFN division of.....
- ☐ Dipendente altro ente/Employee of another organization.....
- ☐ Dipendente Università/University employee.....Dipartimento di /Dpt. of.....
- ☐ Laureando dell'Università/University undergraduated.....
- ☐ Dottorando Specializzando Università/ Postgraduated doctorate student University of.....
- ☐ Assegnista Università di /Assignee of a research grant at the University of.....
- ☐ Altra posizione/Other.....
(da precisare/please specify)

Associato presso la Sezione INFN di/Association INFN Section of.....

Specificare se borsista INFN o ospite FSSOR

Please specify if your position is INFN Fellow or FSSOR guest.....

Mi impegno a/I undertake:

- attenermi alla normativa vigente in materia di sicurezza sul lavoro e radioprotezione, sicurezza informatica e a rispettare le ulteriori norme interne che mi saranno impartite. Per quanto concerne le procedure di emergenza, mi impegno a leggere e rispettare quanto descritto nella relativa documentazione che verrà da me ritirata presso i LNL/to comply with the rules in force on the matter of safety against work accidents and radiation protection, information security and to respect all further LNL provisions that will be given. As to emergency procedures, I undertake to read and follow what is stated in the respective documents which I will be given at the LNL.
- comunicare tempestivamente qualunque variazione della mia posizione successiva al rilascio dell'autorizzazione all'accesso, presentando la relativa documentazione aggiornata, in mancanza della quale l'accesso verrà revocato/to give immediate communication of any variation in my position following the authorization of access and to present any up-dated and relevant documentation, the lack of which will immediately revoke the permission for access.

Dichiaro di aver letto e compreso l'informativa sul trattamento dei dati personali resa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679, raccolti con il presente modulo / I declare I have read and understood the information note on processing of personal data collected through this form, provided pursuant to art. 13 of the EU Regulation 2016/679.

Data/Date..... Firma/Signature.....

PERIODO RICHIESTO/REQUESTED PERIOD da/from.....a/to.....

Destinazione lavorativa e mansioni nei LNL/Working place and tasks at LNL

Divisione Gruppo Esperimento/ Division Group Experiment Mansioni/Tasks Referente ai LNL/Person in charge at LNL

Data/Date

Firma del Referente/Signature of the Person in charge

A cura della Direzione dei LNL/To be completed by the LNL Direction Service:

Autorizzazione del Direttore dei LNL/

Authorized by the Director of the LNL dal/from.....a/to.....

Data/Date.....Firma/Signature.....