

All.3

Al Direttore dei
Laboratori Nazionali del Sud
prot@lns.infn.it

Con riferimento all'ordine/contratto n.....del..... RUP
stipulato fra i Laboratori Nazionali del Sud e ditta.....,
il sottoscritto (cognome e nome)....., in qualità di datore di lavoro
chiede l'autorizzazione all'accesso ai LNS per i lavoratori:

Nome	Cognome	Codice Fiscale

nel periodo dalal nella sede:

☐ LNS-CT ☐ testSite PORTO-CT ☐ testSite PORTOPALO di CP-SR

Ogni variazione ai presenti dati che dovesse avvenire entro il periodo richiesto per l'accesso sarà tempestivamente comunicata.

I lavoratori sono coperti da assicurazione INAIL contro gli infortuni, ai sensi del D.P.R. 30/06/65 n.1124 e s.m.i. "testo unico delle disposizioni per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali" o da altra polizza assicurativa inclusiva di infortuni sul lavoro e malattie professionali (in tal caso riportare gli estremi).

I lavoratori hanno acquisito le obbligatorie informazioni sulle procedure di sicurezza/emergenza previste dal Servizio Prevenzione e Protezione all'interno dei LNS, reperite alla [pagina web](#).

In caso di necessità e per ulteriori informazioni, la persona di riferimento di questa ditta è:
..... (tel.) email.

Il sottoscritto dichiara di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali per l'accesso ai Laboratori Nazionali del Sud dell'INFN, pubblicati nella pagina web dei LNS al link <https://www.lns.infn.it/it/modulistica/send/63-modulistica-accessi/1216-informativa-privacy-per-accessi.html>

Data

Firma del Datore di Lavoro

Autorizzazione INFN-LNS

firma del Direttore dei LNS