

**AII.1**

**RICHIESTA di AUTORIZZAZIONE ALL'ACCESSO ai LNS**

Al Direttore dei  
Laboratori Nazionali del Sud  
[prot@lns.infn.it](mailto:prot@lns.infn.it)

Il sottoscritto datore di lavoro:  
cognome ..... nome.....  
in qualità di ..... dell'Università/Istituto/Ente o sezione/laboratorio INFN  
.....

**chiede l'accesso ai LNS** dal ..... al ..... per il lavoratore:  
cognome ..... nome.....  
qualifica ..... presso l'Università/Istituto/Ente o sezione/laboratorio INFN  
luogo e data di nascita ..... codice fiscale.....  
nazionalità ..... Cell. .... Email .....

**presso la vostra sede:**  LNS-CT  testSite PORTO-CT  testSite PORTOPALO di CP-SR

Il lavoratore è coperto da assicurazione INAIL, 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" e che la stessa è valida anche per le attività svolte ai LNS. (oppure indicare altra assicurazione).

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

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

<i>Autorizzazione INFN-LNS</i>	<i>firma del Direttore.....</i>
--------------------------------	---------------------------------