



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
FIRENZE

NEUROFARBA

DIPARTIMENTO DI NEUROSCIENZE,
PSICOLOGIA, AREA DEL FARMACO
E SALUTE DEL BAMBINO

aggiornamento: gennaio 2024

A

- Responsabile scientifico dei Laboratori
Didattici - Prof.ssa Paola Gratteri

- Direttore del Dipartimento NEUROFARBA –
Prof. Carlo Dani

**MODULO PRESTITO/USO OCCASIONALE/ PROLUNGAMENTO PRESTITO STRUMENTAZIONE
E MATERIALE DEI LABORATORI DIDATTICI AREA DEL FARMACO – USO ESTERNO**

La/il sottoscritta/o _____

in qualità di personale strutturato UniFI, afferente alla struttura/Dipartimento

CHIEDE

il prestito del materiale/attrezzatura in dotazione ai Laboratori Didattici Area del
Farmaco nel periodo dal _____ al _____

il prolungamento del prestito del materiale/attrezzatura in dotazione ai Laboratori
Didattici Area del Farmaco nel periodo dal _____ al _____

materiale (*specificare i prodotti, solventi, etc. richiesti*)

attrezzatura (*specificare attrezzatura, strumentazione, etc. richiesti*)

*Il presente modulo deve essere consegnato, debitamente compilato e vistato per l'autorizzazione, al personale tecnico afferente ai Laboratori Didattici Area del Farmaco al momento del primo utilizzo in loco o al momento del ritiro della strumentazione richiesta.



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
FIRENZE

NEUROFARBA

DIPARTIMENTO DI NEUROSCIENZE,
PSICOLOGIA, AREA DEL FARMACO
E SALUTE DEL BAMBINO

aggiornamento: gennaio 2024

1. Il materiale/attrezzatura viene richiesto per l'utilizzo nell'ambito del progetto:

2. Il materiale/attrezzatura richiesto sarà utilizzato dalla/dal sottoscritta/o o dai seguenti collaboratori (*indicare: Nome Cognome e qualifica*)

3. Il materiale/attrezzatura è richiesto per:

Uso Esterno presso _____ Indirizzo _____

La/Il sottoscritta/o dichiara di assumere, per conto proprio e dei collaboratori specificati, la responsabilità dell'utilizzo (interno o esterno alla struttura) e della custodia del materiale/attrezzatura e si impegna a restituirlo, **nei tempi stabiliti**, o richiedere proroga, integro o a sostenere le spese di ripristino qualora si verificassero danni di qualsiasi tipo.

Firenze, _____

Il richiedente

VISTO

Prof.ssa Paola Gratteri

Il Responsabile Scientifico delegato dal

Direttore del Dipartimento NEUROFARBA

*Il presente modulo deve essere consegnato, debitamente compilato e vistato per l'autorizzazione, al personale tecnico afferente ai Laboratori Didattici Area del Farmaco al momento del primo utilizzo in loco o al momento del ritiro della strumentazione richiesta.