Prot. n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Spett*. INAIL

Via delle Porte Nuove, 61

50144 – FIRENZE

firenze@postacert.inail.it

*p.c.* Ufficio Affari Generali

Via Capponi 7

50123 Firenze

Alla c.a. Dott. Monica Matteini

**OGGETTO: Visita didattica presso ………… il/i giorno/i …………** ­­­

Per quanto di competenza, si comunica che nel/i giorno/i ……………… gli studenti in elenco allegato, effettueranno una visita di studio presso………………………………

La visita costituisce parte integrante dell’attività didattica dell’insegnamento/ modulo ………………………….. attivato presso il Corso di Laurea ……………………………

Il sottoscritto, in qualità di docente titolare dell’insegnamento, dichiara inoltre che assumerà tutte le precauzioni per garantire le condizioni di sicurezza.

Distinti saluti,

Il docente responsabile dell’attività

Prof.

………………………………..

VISTO:

Il Direttore del Dipartimento

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOME** | **COGNOME** | **MATRICOLA** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |