

Li, _____

Richiesta codice di accesso al servizio (vedi Regolamento interno):

- Full Service
 Self Service*
 PROVVISORIO (familiarizzazione)*

Dati del Responsabile della Richiesta (RR), titolare dei fondi

Nome e Cognome: _____ Qualifica _____ Dipartimento di _____ ,
mail _____ Tel. _____

Area scientifica di riferimento: **SBM** **SCG** **SF**

(Scienze Bio-Mediche, **SBM**; Scienze Chimiche e Geologiche **SCG**; Scienze Fisiche, **SF**)

Laboratorio / strumentazione per il quale si richiede il codice: Lab _____

Previsione annuale: ore indicative _____ o n° campioni _____

Primo slot: ore indicative _____ o n°campioni _____

Si richiede preventivo (barrare in caso di necessità di preventivo)

Compatibilmente con la disponibilità, a partire dal giorno: _____

Titolo del progetto su cui graveranno le spese **: _____

Titolare dei Fondi **: _____

Elenco Nominativi associati al codice di cui il RR è responsabile:

Nome Cognome	Qualifica	Dipartimento
Nome Cognome	Qualifica	Dipartimento
Nome Cognome	Qualifica	Dipartimento

RR Titolare Fondi

Approvazione richiesta
Per il Direttore del CeSAR

Si dichiara che i risultati della sperimentazione sono ad uso esclusivo della ricerca e non correlati al conto terzi

*ALLEGARE AUTOCERTIFICAZIONE DI EXPERTISE NELL'USO DELL'ATTREZZATURA.

** per la familiarizzazione non sono richieste corresponsioni, ma il materiale è fornito dal richiedente. Il codice ha validità 30gg.

NB. Salvo diversa disposizione per codici provvisori (familiarizzazione), il codice ha validità per anno solare.