



Responsabile del Servizio: Dott.ssa Cecilia Giordano

Titolo	Classe	
N.	del	
UOR SPPF	CC	RPA BOCA

Oggetto: Richiesta di autorizzazione ad usufruire di spazi esterni

Il/La sottoscritto/a _____

chiede di essere autorizzato/a ad usufruire di spazi esterni al Servizio per l' erogazione della
prestazione professionale _____

Nello specifico, ai sensi dell' art. ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 D.P.R. n. 445/2000,

DICHIARA

- di voler usufruire degli spazi di _____
siti in _____ Via _____ N. _____
- la conformità di detti spazi alla normativa di cui al d.Lgs. 81/08.
- Allega alla presente attestazione rilasciata dal soggetto esterno ospitante circa la conformità di
detti spazi alla normativa di cui al d.Lgs. 81/08.
- Allega alla presente Polizza assicurativa dei locali di cui usufruirò per la prestazione professionale
indicata

Palermo,

Firma

Il Responsabile del Servizio di Psicologia, Dott.ssa Cecilia Giordano,

- Autorizza**
- Non Autorizza**

Firma _____