Nome: Cognome:

Residenza o domicilio:

Recapito telefonico:

Indirizzo e-mail:

* Qualifica:
* Ente di appartenenza:  Università

 Azienda Ospedaliera

 Altro ente:

* Struttura di appartenenza (specificare il Dipartimento e/o la Sezione e/o altro)

 

* Responsabile struttura di appartenenza :
* Titolo del Progetto e nome del Responsabile di tale Progetto di sperimentazione animale che prevede di frequentare:

Responsabile

----------------------------------------------------------------------------------------------

Titolo

----------------------------------------------------------------------------------------------

----------------------------------------------------------------------------------------------

----------------------------------------------------------------------------------------------

 -----------------------------------------------------------------------------------------------

* L’operatore è obiettore

SI

NO

* L’operato dichiara che nelle ultime 72 ore non ha frequentato un altro stabilimento utilizzatore e non ha avuto contatti con animali da laboratorio?

SI

NO

Se SI indicare quali:

----------------------------------------------------------------------------------------------

----------------------------------------------------------------------------------------------

* L’operatore prevede di frequentare lo stabulario per un periodi di giorni/mesi dal al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.
* L’operatore è sottoposto a sorveglianza sanitaria da parte di questo Ateneo?

|  |  |
| --- | --- |
| SI | NO |

* L’utente è stato sottoposto a vaccinazioni per:
	+ Antitetanica SI NO

Se SI specificare la data della vaccinazione o quella dell’ultimo richiamo:

* + antiepatite B SI NO

Se SI specificare la data della vaccinazione o quella dell’ultimo richiamo:

* + altro:
* Segnalare eventuali allergie:
* L’operatore è stato adeguatamente informato sui rischi connessi all’attività lavorativa da svolgere presso lo stabulario (es. rischio biologico, rischi legato alla manipolazione degli animali da laboratorio, rischio chimico)

|  |  |
| --- | --- |
| SI | NO |

se SI specificare il tipo di formazione/informazione ricevuta ed il periodo di riferimento:

 -------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

 ---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

 ---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

 ----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Catania lì\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma dell’operatore

 Firma del Responsabile del Progetto

Firma del responsabile del benessere animale:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(dott. Giuseppe Barbera)

Firma del Direttore del CAPiR:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(dott.ssa Alessandra Renna)

N.B.

L’autorizzazione è valida solo in presenza di personale già facente parte del progetto di sperimentazione animale.

L’autorizzazione è valida solo per l’ingresso e non autorizza in alcun modo ad prendere parte a nessuna procedura operativa.