

Al Magnifico Rettore
dell'Università degli Studi
di Roma - Tor Vergata

SEDE

Oggetto: Rilascio tessera magnetica per accessi al Dipartimento di Biologia

Il sottoscritto _____ qualifica _____

che svolge la sua attività presso il gruppo diretto dal Prof. _____
chiede il rilascio della tessera magnetica per aver accesso ai seguenti reparti del Dipartimento

- DENTE - A - DENTE - B - DENTE - C -
 DENTE - D - DENTE - E - DENTE - F -
 ACCESSO PARCHEGGIO DEL DIPARTIMENTO

la tessera avrà validità dal ___/___/___ al ___/___/___

Indirizzo _____ n.tel. _____

**In Caso di smarrimento si prega di darne tempestiva comunicazione al Sig.Massimiliano Graziani
Tel. 06-72594028 E-Mail targa@bio.uniroma2.it**

Il sottoscritto dichiara di essere consapevole che l'istituto può utilizzare i dati contenuti nella presente autocertificazione esclusivamente nell'ambito e per fini propri della Pubblica Amministrazione (Legge 31.12.1996, n°675 "Tutela della Privacy" Art.27)

Visto responsabile U.O.

Firma Richiedente

Il Direttore del Dipartimento
