



Universitat de Lleida
Institut de Ciències
de l'Educació

**AUTORITZACIÓ PATERNA/MATERNA PER A LA
REALITZACIÓ DE PRÀCTIQUES ALS LABORATORIS DE
L'IRBLleida,
UBICATS A L'EDIFICI DE BIOMEDICINA DE LA UdL**

DADES DE L'ALUMNE/A

- Cognoms: _____
- Nom: _____
- DNI/NIE/Passaport: _____
- Adreça: _____
- Localitat: _____
- Codi postal: _____
- Localitat: _____
- Telèfon: _____
- Correu electrònic: _____

AUTORITZACIÓ PATERNA/MATERNA

En/Na _____

amb DNI _____

pare/mare/tutor/a legal de l'alumne/a _____

autoritza al seu fill/a a realitzar pràctiques experimentals en els laboratoris de l'IRBLleida ubicats a l'edifici de Biomedicina de la Universitat de Lleida, amb el compromís de guardar confidencialitat de les dades i informacions que s'hi obtinguin. Així mateix garanteix que permetrà la formació en riscos laborals que exigeixen aquestes instal·lacions.

Signatura: _____

Lloc: _____

Data: _____