

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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

D.N.I/Pasaport\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Adreça \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C.Postal \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Localitat\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Telèfon \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Correu electrònic \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **AUTORITZACIÓ PATERNA/MATERNA** |

En/Na \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pare/Mare/Tutor/ade\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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, dins del marc del **Projecte Itinera** de l'Institut de Ciències de l'Educació, amb el compromís de guardar confidencialitat de les dades i informacions que s'hi obtinguin, així com garanteixen que permetran la formació en riscos laborals que exigeixen aquests instal·lacions.

Signatura:

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_de\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_**

**Sr/Sra. Director/a de l'Institut de Recerca Biomèdica de la Universitat de Lleida**