



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
FIRENZE

DICHIARAZIONE PRESA VISIONE (visitatori maggiorenni)

Il sottoscritto _____ residente a _____

in via _____ CAP _____ Provincia _____

documento di identità nr _____

rilasciato il _____ da _____

Telefono _____

Dichiara

Di fare proprie tutte le dichiarazioni che seguono, esonerando il Laboratorio “Colonne” – Università Degli Studi di Firenze da ogni responsabilità:

- Di aver ricevuto e di aver preso visione del “Regolamento per Visitatori” del Laboratorio “Colonne” – Università Degli Studi di Firenze Via Santa Marta 3 – 50139 - Firenze
- Di rispettare il Regolamento del Laboratorio e di seguire le indicazioni impartite dal personale del Laboratorio;

DATA _____

FIRMA _____