



Università degli Studi di Trieste
Facoltà di Psicologia – servizi informatici

Via S. Anastasio, 12

34134 – Trieste

Tel. 040.5582716 – Fax 040.4528022

Richiesta di accredito sui server di Facoltà

Nome e cognome:			
Indirizzo e telefono:			
Eventuale e-mail:			
Scadenza		Fondi:	
In qualità di:	<input type="checkbox"/>	Studente del Corso di Laurea in Psicologia	
	<input type="checkbox"/>	Laureando (<i>richiesta autorizzazione del relatore</i>)	
	<input type="checkbox"/>	Tirocinante (<i>richiesta autorizzazione del Preside</i>)	
	<input type="checkbox"/>	Dottorando (<i>richiesta autorizzazione del docente tutore</i>)	
	<input type="checkbox"/>	Borsista (<i>richiesta autorizzazione del Direttore</i>)	
	<input type="checkbox"/>	Assegnista di Ricerca (<i>richiesta autorizzazione del Direttore</i>)	
	<input type="checkbox"/>	Docente (<i>specificare fascia di appartenenza</i>)	
	<input type="checkbox"/>	Ricercatore (<i>richiesta autorizzazione del Preside</i>)	
	<input type="checkbox"/>	Collaboratore (<i>richiesta autorizzazione del Preside</i>)	
	<input type="checkbox"/>	Personale T/A (<i>richiesta autorizzazione del Capo Struttura</i>)	
	<input type="checkbox"/>	Ospite (<i>richiesta autorizzazione del Preside</i>)	
	<input type="checkbox"/>	Altro (<i>specificare:</i>)

Chiede che venga attivato un account sui server di facoltà per i servizi informatici al fine di disporre per utilizzo istituzionale.

Altresì dichiara di aver preso visione del regolamento S.I.R.A. e di accettarne in toto le condizioni esposte.

Il sottoscritto si assume pertanto la totale responsabilità a norma di legge di possesso dell'account.

Data: _____

Visto, si autorizza

Il docente
(nome, cognome, qualifica)

(firma)

In fede,

il richiedente
