

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLE MANSIONI E AL LUOGO DI LAVORO – Allegato 2

La Dott.ssa, regolarmente iscritta per l'a.a.
al anno del Corso di Dottorato di ricerca,
..... Ciclo, ha comunicato il proprio stato di gravidanza.

Il/La sottoscritto/a Prof./Prof.ssa (Coordinatore del Corso di
Dottorato di Ricerca)

DICHIARA

- 1) di aver preso visione della **nota informativa**
- 2) che il posto di lavoro utilizzato dalla Dott.ssa risponde ai corretti principi ergonomici, i ritmi di lavoro non sono obbligati, non deve trascorrere in piedi più di metà dell'orario di lavoro, e non risulta esposta a rischi specifici, con particolare riguardo all'esposizione a sostanze cancerogene e/o mutagene e ad agenti chimici e biologici, a radioisotopi, alle radiazioni ionizzanti, alla movimentazione di carichi.

.....
(luogo e data)

Il Coordinatore del Corso di Dottorato di Ricerca
Prof. /Prof.ssa

.....

Firma dell'interessata per presa visione e conferma

.....