



DICHIARAZIONE LIBERATORIA DI RESPONSABILITÀ

Il/La sottoscritto/a _____,

nato/a a _____, il _____,

residente in via/piazza _____, n. _____, CAP _____, città _____

Documento: _____, n. _____

oppure

Codice Fiscale:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DICHIARA

di sollevare l'Istituto di Radioastronomia dell'Istituto Nazionale di Astrofisica (via P.Gobetti, 101, P.IVA 06895721006, CF 97220210583) da qualsiasi responsabilità di tipo infortunistico legata alla realizzazione dell'attività di registrazione che avrà luogo il giorno _____, presso la Stazione Radioastronomica di Medicina (BO).

Data, _____

Firma
