



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
FIRENZE
DSPS
DIPARTIMENTO DI
SCIENZE POLITICHE
E SOCIALI

Io sottoscritto

NOME _____

COGNOME _____

Dichiaro di aver ricevuto i seguenti DPI (Dispositivi Protezione Individuali):

☐ n. mascherina chirurgica

☐ n. paia di guanti

☐ n. disinfettante da scrivania

per l'accesso ai locali del DSPS nel giorno/nei giorni _____

data _____

Firma per presa consegna del materiale _____