



Il modulo può essere compilato solo dal personale strutturato dell'ateneo

Il/la sottoscritto/a (Cognome) _____ (Nome) _____

Codice Fiscale:

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

(obbligatorio)

CHIEDE

l'assegnazione di un indirizzo IP di tipo pubblico

Nome da assegnare al computer: _____

(max 15 caratteri, es. pc-rossi)

Sede in cui è installato il computer

DIISM – VIA ROMA, 56

(Via e Num. Civico)

DICHIARA

di accettare le norme GARR (<http://www.garr.it/it/regole-di-utilizzo-della-rete-aup>) n quanto responsabile dell'utilizzo del suddetto computer.

Firma

data, ____ / ____ / ____
