



**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>) in quanto responsabile dell'utilizzo del suddetto computer.

Firma

data, \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_