

## POLIZZA ASSICURATIVA TEMPORANEA PER VIAGGI ALL'ESTERO

(Scrivere in stampatello)

Il/la sottoscritto/a

Nome: \_\_\_\_\_ Cognome: \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_\_ a: \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

Codice fiscale \_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_

Via/P.zza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_\_)

Tel.(casa) \_\_\_\_\_ Tel.(Uff.) \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Sede di servizio presso l'Ateneo \_\_\_\_\_

### DICHIARA

Di aver preso visione ed accettato le condizioni di polizza previste dal contratto tra la Compagnia Europ Assistance S.p.A. e l'Università degli Studi Roma Tre.

Che si recherà presso la seguente sede estera: dal giorno \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al giorno \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Luogo \_\_\_\_\_ (Prov.\_\_\_\_) Stato \_\_\_\_\_

Per il seguente motivo:

- Svolgere la "**Missione**" a

\_\_\_\_\_ (la Missione deve essere autorizzata in calce dal Direttore/Responsabile della Struttura di appartenenza)

- Partecipare a "**Titolo Personale**" al seguente evento di rilevanza scientifica, didattica e di ricerca:

Seminario \_\_\_\_\_ Convegno \_\_\_\_\_

Assemblea \_\_\_\_\_ Riunione \_\_\_\_\_

Altro \_\_\_\_\_

Che sarà accompagnata/o durante l'intera durata della propria permanenza all'estero dai seguenti componenti il proprio nucleo familiare:

**coniuge/convivente** Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

Via / P.zza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_) tel. \_\_\_\_\_

**figlio/a** Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

Via / P.zza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_)  tel. \_\_\_\_\_

**figlio/a** Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

Via / P.zza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_)  tel. \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a, nel caso si rechi all'estero per incarico privato di carattere istituzionale e/o nel caso di familiari accompagnatori, si impegna a provvedere al versamento dell'importo dovuto in una unica soluzione all'Area Finanziaria, per il tramite del broker assicurativo d'Ateneo, prima della partenza

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

La/Il Dichiarante \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a dichiara, inoltre, di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 e ss.mm.ii, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

**Solo in caso di Missione Visto del Direttore/Responsabile della Struttura**

Il DIRETTORE del Dipartimento di Ingegneria

\_\_\_\_\_