

**POLIZZA ASSICURATIVA TEMPORANEA PER VIAGGI ALL'ESTERO**

(scrivere in stampatello)

Il/la sottoscritto/a

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

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

Codice fiscale: \_\_\_\_\_ residente a: \_\_\_\_\_

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

 tel. \_\_\_\_\_ 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 nel periodo compreso tra il giorno \_\_\_\_\_ e il giorno \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ la \_\_\_\_\_ seguente \_\_\_\_\_ sede \_\_\_\_\_ estera \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ per il seguente motivo:

**(barrare la casella di proprio interesse)** missione (a tal fine si allegano i documenti autorizzativi firmati dal Responsabile della Struttura di appartenenza);**oppure** incarico privato di carattere istituzionale (come, a mero titolo esemplificativo, partecipazione a titolo personale a seminari, convegni, assemblee, riunioni, etc.);

A tal fine, il/la sottoscritto/a comunica di seguito i dati anagrafici dei componenti il proprio nucleo familiare che lo/a accompagneranno durante l'intera durata della propria permanenza all'estero:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

 tel. \_\_\_\_\_



# Roma Tre

---

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.

Roma \_\_\_\_\_

**Il/ La 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.