

RICHIESTA DI ATTESTAZIONE DI COPERTURA ASSICURATIVA NOMINALE

1. DATI ANAGRAFICI DEL RICHIEDENTE

Cognome e Nome	
Luogo e Data di Nascita	
Codice Fiscale	
Contatti	Telefono/Cellulare: _____ E-mail: _____

2. POSIZIONE ACCADEMICA

- ☐ Studente/ssa
- ☐ Specializzando/a
- ☐ Dottorando/a
- ☐ Altro: _____

Dipartimento / Facoltà	
Corso di Studi	
N. Matricola	

3. DETTAGLI DELLA RICHIESTA

- Finalità della richiesta:**
(es. attività di ricerca o di studio presso struttura ospitante italiana o straniera)

--

- Periodo di svolgimento dell'attività svolta presso la struttura ospitante:**

Dal: ____ / ____ / ____ Al: ____ / ____ / ____ (compreso)

Informativa Privacy: I dati personali raccolti saranno trattati dall'Università degli Studi di Pavia nel rispetto del Regolamento UE 2016/679 (GDPR). Il trattamento è finalizzato esclusivamente alla gestione della copertura assicurativa richiesta. L'informativa completa è disponibile sul sito web di Ateneo alla sezione "Privacy"

4. STRUTTURA OSPITANTE E TUTOR

Ente / Azienda Ospitante	
Indirizzo Sede Attività	
Tutor in loco (Referente)	Nome: _____ Telefono/Cellulare/E-mail: _____ _____

5. ALLEGATI OBBLIGATORI

Il sottoscritto allega alla presente:

1. Lettera su carta intestata del Dipartimento (con dati Tutor e descrizione attività).
2. Autorizzazione sottoscritta dall'organo didattico competente.

Luogo e data: _____

li ____ / ____ / ____

FIRMA DEL RICHIEDENTE

Informativa Privacy: I dati personali raccolti saranno trattati dall'Università degli Studi di Pavia nel rispetto del Regolamento UE 2016/679 (GDPR). Il trattamento è finalizzato esclusivamente alla gestione della copertura assicurativa richiesta. L'informativa completa è disponibile sul sito web di Ateneo alla sezione "Privacy"