

## **RICHIESTA DI ATTESTAZIONE DI COPERTURA ASSICURATIVA NOMINALE**

### **1. DATI ANAGRAFICI DEL RICHIEDENTE**

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

### **2. POSIZIONE ACCADEMICA**

- Studente/ssa
- Specializzando/a
- Dottorando/a
- Altro: \_\_\_\_\_

<b>Dipartimento / Facoltà</b>	
<b>Corso di Studi</b>	
<b>N. Matricola</b>	

### **3. DETTAGLI DELLA RICHIESTA**

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

**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"

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

Dal: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Al: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (compreso)

#### 4. STRUTTURA OSPITANTE E TUTOR

<b>Ente / Azienda Ospitante</b>	
<b>Indirizzo Sede Attività</b>	
<b>Tutor in loco (Referente)</b>	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**

\_\_\_\_\_