

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PERUGIA
Piazza dell'Università, 1
06123 Perugia
DIPARTIMENTO DI ECONOMIA

Allegato A

Modulo di Missione estera in Paesi Extra Europei ed Europei

All'Ufficio appalti e provveditorato
Area legale e contratti
Attenzione Sig. Marco GIOMMINI
tel. 2365 - **PEC: *protocollo@cert.unipg.it***

La compilazione del presente foglio di missione è indispensabile per l'attivazione delle garanzie prestate dalla polizza "Rimborso Spese Mediche" Lotto V SANITARIA n. **402922832**, stipulata dall'Università degli Studi di Perugia con la Compagnia **AXA Assicurazioni S.p.A.** con decorrenza dalle ore 00:00 del 1° gennaio 2018 e scadenza ore 24:00 del 31 dicembre 2020.

1. Dipendente/Collaboratore/Studente/Docente: _____

nato a _____	Prov _____	il _____	codice fiscale _____
--------------	------------	----------	----------------------

2. Luogo estero di destinazione (Paese Europeo o Extra Europeo): _____

3. Sede (Città) di _____

4. Durata della missione:

Data partenza: giorno: _____
 alle ore _____

Data rientro: giorno: _____
 alle ore _____

5. Indicare il proprio medico curante del Servizio Sanitario Nazionale (Cognome, Nome, Indirizzo, Telefono) _____

L'assicurato, sotto la propria responsabilità, all'atto della sottoscrizione del presente modulo, preso atto dell'informativa rilasciata dalla Compagnia di assicurazione AXA Assicurazioni SpA, ai sensi degli artt. 23, 26 e 43 del D.Lgs. 30/6/2003 n. 196, dichiara:

- di non essere affetto da particolari o gravi patologie e di godere, allo stato attuale, di buone condizioni fisiche;
- di acconsentire al trattamento dei propri dati personali, sia sensibili, sia comuni, esclusivamente per finalità assicurative;
- di non avere avuto polizze di assicurazione contro il rischio di malattia annullate;
- di prosciogliere dal segreto professionale e legale i medici che possono averlo curato e visitato, nonché le altre persone, ospedali, case di cura ed istituti in genere ai quali la Compagnia credesse in ogni tempo di rivolgersi per informazioni.

Data _____ Firma Assicurato _____

Data _____ Prot. n. _____ Firma per
autorizzazione _____
Il Direttore del Dipartimento di Economia
Prof. Libero Mario Mari