#### 

#### *“modulo richiesta rimborso spese mediche sostenute in missione all’estero”*

Al Magnifico Rettore

dell’Università di Verona

Via dell’Artigliere n.8

37129 – VERONA

## Dichiarazione sostitutiva di certificazione/ atto di notorietà

## ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/00 e ss. mm.

Il/la sottoscritto/a,

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

Luogo e data di nascita: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residenza (Via, n. Civico, Città, C.A.P.): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Domicilio (Via, n. Civico, Città, C.A.P.): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_

Recapito telefonico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indirizzo e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Qualifica**:

PERSONALE DIPENDENTE CONTRATTUALIZZATO

DOCENTI

RICERCATORI

SPECIALIZZANDI

DOTTORANDI

TITOLARI DI ASSEGNI DI RICERCA (ASSEGNISTI)

TITOLARI DI BORSE DI STUDIO (BORSISTI)

PERSONALE ESTERNO CON LETTERA DI INCARICO DELLA CONTRAENTE che viaggia per conto e in relazione a fini istituzionali della Contraente.

STUDENTI IN MOBILITA’ EXTRA UE (indicare anche il n. di matricola \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e l’anno di corso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

consapevole delle norme penali previste dall’art. 76 del D.P.R. n. 445/00 e s.m. ed i. in caso di dichiarazioni mendaci, formazione di atti falsi o uso di atti falsi, sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

quanto segue in riferimento alla missione/viaggio studio presso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_al\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ formalmente autorizzata, come da modulo che si allega

data del sinistro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

descrizione dell’accaduto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

conferma di aver preso contatto con la centrale operativa in data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e di aver concordato quanto segue:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

n. di pratica assegnato dalla centrale operativa:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Documentazione allegata alla denuncia:**

*\*obbligatorio per l’apertura della pratica*

□ certificazione medica, documentazione pertinente le spese mediche

□ modulo “Trattamento dati personali” di AON, crocettato e firmato\*

□ modulo “Trattamento dati personali” di CHUBB , crocettato e firmato\*

□ autorizzazione alla missione/adempimento di servizio/viaggio mobilità extra UE

□ fotocopia documento di identità e codice fiscale

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **prende altresì atto** che:

* Nel caso in cui il modulo non sia correttamente compilato potrebbe non essere possibile aprire la pratica di sinistro;
* Per la corretta gestione della pratica di sinistro dovranno essere prodotti tutti i documenti contabili di cui si richiede il rimborso;

Luogo e data Il sottoscritto

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| Il sottoscritto \_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **dichiara**:   * di aver letto e compreso l’informativa ex art. 13 del Regolamento sul trattamento dei dati personali nell’ambito delle coperture assicurative stipulate dall’Università di Verona, consultabile sul sito istituzionale - [www.univr.it/privacy](http://www.univr.it/privacy);   Luogo e data Il sottoscritto  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |