**Allegato A**

**Modulo di Missione estera in Paesi Extra Europei**

*All’Ufficio appalti e provveditorato Area legale e contratti*

*Attenzione Sig. Marco GIOMMINI tel. 2033 - fax 2162 e-mail:* *marco.giommini@unipg.it*

La compilazione del presente foglio di missione è indispensabile per l’attivazione delle garanzie prestate dalla polizza “Rimborso Spese Mediche” n. M/952256, stipulata dall’Università degli Studi di Perugia con la Compagnia AXA Assicurazioni.

1. Dipendente/Collaboratore/Studente/Docente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 2 Luogo estero di destinazione (Paese Extra Europeo): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sede (Città) di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Durata della missione

Data partenza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data rientro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. 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, 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

---------------------------------------------------------------------------------------

Protocollo n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma per Autorizzazione

 Il Direttore del Dipartimento di Medicina Sperimentale

 Prof. Vincenzo Nicola Talesa