

POLIZZA “INFORTUNI” stipulata con UnipolSai Assicurazioni S.p.A.

MODULO DI ADESIONE²

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
_____, il _____, Codice Fiscale _____
_____; Recapito telefonico: _____

- tirocinante laureato³**;
- personale “atipico”** (collaboratori coordinati e continuativi, liberi professionisti, prestatori di lavoro occasionale e, in generale, tutti i soggetti che, in base a contratti, accordi, convenzioni, scambio di lettere, ecc., ossia sulla base di un rapporto formalizzato, frequentano ed utilizzano le strutture universitarie)⁴;
- studente iscritto ad istituzione universitaria straniera** partecipante a programmi internazionali od ospitato in base a convenzioni e **docente/ricercatore, nonché figura simile, appartenente ad istituzione universitaria straniera⁵**;
- collaboratori volontari a titolo gratuito⁶**;
- soggetti non iscritti presso l’Ateneo, che partecipano a corsi di formazione, aggiornamento, perfezionamento, ecc. organizzati e tenuti presso le strutture dell’Ateneo e presso le strutture della Fondazione “Marco Biagi”, anche se commissionati all’Ateneo e alla Fondazione da soggetti terzi⁷**;
- personale dipendente della Fondazione “Marco Biagi”⁸** con la qualifica di _____;

¹ Casella di posta PEC abilitata a ricevere email anche da indirizzi email NON PEC

² ALLEGARE COPIA FOTOSTATICA FRONTE RETRO DI UN VALIDO DOCUMENTO DI IDENTITA’ E, OVE PREVISTO, COPIA DEL BONIFICO

³ il premio è corrisposto tramite bonifico bancario intestato all’Ateneo presso Unicredit Banca – Sede di Modena – IBAN IT02Q0200812930000000512773 – Causale: “Cognome/Nome – PolizzaInfortuni”

⁴ il premio è detratto dal corrispettivo; in assenza di corrispettivo, il premio è corrisposto tramite bonifico bancario intestato all’Ateneo presso Unicredit Banca – Sede di Modena – IBAN IT02Q02008129300000000512773 – Causale: “Cognome/Nome – PolizzaInfortuni”

⁵⁻⁶⁻⁷⁻⁸ il premio è corrisposto tramite bonifico bancario intestato all’Ateneo presso Unicredit Banca – Sede di Modena – IBAN IT02Q02008129300000000512773 – Causale: “Cognome/Nome – PolizzaInfortuni”

CHIEDE

con il versamento, a titolo personale, del relativo **premio *pro capite* annuo** pari ad € 1,40, l'estensione della copertura assicurativa "Infortuni", consapevole che la predetta estensione avrà decorrenza dalle ore 24.00 del giorno dell'adesione, ossia dalla data di ricezione da parte dell'Ateneo del presente modulo di adesione, alle ore 24.00 del 31/03/2020.

(luogo e data)

(Firma)