Direzione Affari Istituzionali, Contratti e Gare
affariistituzionali@pec.unimore.it [1]
debora.fava@unimore.it

POLIZZA "INFORTUNI" – ESTENSIONE FACOLTATIVA AI RISCHI DI CONTAGIO ACCIDENTALE DA VIRUS HIV, EPATITE B e C, RISCHIO BIOLOGICO E RISCHIO RADIOLOGICO

MODULO DI RICHIESTA DI ESTENSIONE[2]

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

in qualità di:

☐ Personale dipendente (docente e tecnico-amministrativo)

☐ Personale atipico (collaboratori coordinati e continuativi, liberi professionisti che rendono prestazioni ai sensi dell'Art. 2229 e ss. del codice Civile, prestatori di lavoro occasionale ex Art. 2222 del Codice Civile) e tutti i soggetti che, in base a contratti, accordi, convenzioni, scambio di lettere di referenze, ecc., frequentano ed utilizzano le strutture universitarie

☐ Studente dell'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia iscritto al seguente Corso di Studio: _____ _____ [3]

☐ Laureati frequentatori (ossia soggetti autorizzati a frequentare le strutture universitarie, il cui accesso è subordinato al previo pagamento di un contributo spese)

☐ Professori a contratto e titolari di contratto o di incarico, a titolo gratuito o retribuito, per attività di didattica ufficiale, didattica integrativa, esercitazioni e conduzioni di laboratorio attribuiti ai sensi dell'art. 23 della L. 30 Dicembre 2010, n. 240

☐ Titolari di borse di Ricerca di Ateneo e titolari di premi di studio

☐ Assegnisti per lo svolgimento di attività di ricerca ai sensi dell'art. 22 della L. 30 Dicembre 2010, n. 240 nonché collaboratori attività di ricerca ai sensi dell'art. 51, comma 6, della L.449/97 e D.Min.11.02.98

☐ Studenti iscritti ad istituzioni universitarie straniere partecipanti a programmi internazionali o ospitati in base a convenzioni.

☐ Professori e ricercatori nonché figure similari appartenenti ad istituzioni universitarie straniere

☐ Cultori della materia

☐ Tirocinanti laureati

☐ Collaboratori volontari a titolo gratuito

---

[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 identità e copia del bonifico**

[3] Indicare il Corso di Studio al quale lo studente è iscritto (a titolo esemplificativo: Corso di Laurea, Master, Scuola di Dottorato dl Ricerca/di Specializzazione, Corso di perfezionamento, Corso di aggiornamento, ecc.)

CHIEDE

l'estensione della copertura assicurativa "Infortuni" al:

☐ **CONTAGIO ACCIDENTALE DA VIRUS HIV, EPATITE B E C E RISCHIO BIOLOGICO**[4] con il versamento, a titolo personale, del relativo **premio *pro capite* annuo** pari ad **€ 10,00 tramite il sistema 'PAGOPA'**

☐ **RISCHIO RADIOLOGICO** con il versamento, a titolo personale, del relativo **premio *pro capite* annuo** pari ad **€ 960,00 tramite il sistema 'PAGOPA'**

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 estensione, **alle ore 24.00 del 31/03/2021**.

_____
(luogo e data)

_____
(Firma)

[4] Garanzie acquistabili **esclusivamente in abbinamento**