

**Al Magnifico Rettore
dell'Università degli Studi
di Milano – Bicocca
Piazza dell'Ateneo Nuovo,1
20126 MILANO**

Oggetto: denuncia di avvenuto infortunio in missione ed eventuale Kasko

Il/La sottoscritto/a
in qualità di docente - personale tecnico/amministrativo - altro (specificare).....
residente in..... Prov..... CAP.....
Via..... n°
tel.....
e-mail.....

COMUNICA

• di aver subito un infortunio mentre si trovava in missione autorizzata dall'Ateneo

il giorno..... alle ore..... luogo.....
dinamica dell'infortunio.....
.....
.....
eventuali testimoni.....
.....

**• che l'autovettura utilizzata per la missione propria di terzi - modello.....
tg.....**

- non ha subito danni
- ha subito danni

DICHIARA ai fini dell'infortunio

- di impegnarsi a trasmettere al Settore Legale la documentazione medica e di spesa successiva al sinistro fino alla completa guarigione.
- di essere a conoscenza che i diritti in materia di assicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui si fonda il diritto.
- di autorizzare il trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs. 30.06.03 n. 196.

Allega:

- certificazione medica (Referto di Pronto Soccorso ecc.).
- documentazione relativa a eventuali spese mediche e/o farmaceutiche.

DICHIARA ai fini della copertura assicurativa "guasti accidentali" autoveicoli

- verbale redatto dalle Autorità eventualmente intervenute
- altro (specificare).....

DICHIARA:

di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 per finalità strettamente connesse alle attività assicurative fornite da UNIPOLSAI ASSICURAZIONI S.P.A per conto di questa Università.

(luogo)

(data)

FIRMA
