

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

Oggetto: denuncia di avvenuto infortunio

IL/La sottoscritto/a
nato/a a, prov....., il
residente in Prov.....
CAP Via..... n.....
codice fiscale.....
tel..... e-mail

frequentante l'Università degli Studi di Milano – Bicocca in qualità di
Facoltà di
del Corso.....
matr. n.....

COMUNICA

di aver subito un infortunio il giorno alle ore.....
luogo.....
Via
Comune Prov

Dinamica dell'infortunio:
.....
.....

Allega obbligatoriamente:

certificazione medica (Referto di Pronto Soccorso ecc.)

DICHIARA

che intende / non intende avvalersi della copertura assicurativa contro il rischio infortuni stipulata dall'Ateneo.

Nel caso in cui intenda avvalersi della copertura assicurativa contro il rischio "Infortuni" stipulata in suo favore dall'Ateneo con Polizza Compagnia Generali Assicurazioni n. 400260064:

dichiara di impegnarsi a trasmettere ad assicurazioni@unimib.it la documentazione medica e di spesa successiva al sinistro fino alla completa guarigione;

dichiara 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;

dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs.30.06.03, n. 196, s.m.i., ed al regolamento UE 2016/679 – GDPR.

Allega:

documentazione medica attinente al sinistro;

documentazione relativa a eventuali spese mediche e/o farmaceutiche;

eventuale autorizzazione allo spostamento per conto dell'Università.

(luogo)

(data)

FIRMA

.....

.....