UNIVERSITA’ DEGLI STUDI DI ROMA “TOR VERGATA”
DIPARTIMENTO DI MEDICINA SPERIMENTALE E CHIRURGIA
Via Montpellier, 1 – 00133 ROMA TEL. 06 72596866/65/63/62 – FAX 06 72596939

Al Direttore del Dipartimento
di Medicina sperimentale e Chirurgia
Università degli Studi di Roma “Tor Vergata"
Sede

Il sottoscritto Dott. ____

chiede di essere autorizzato a frequentare il Dipartimento di Medicina sperimentale e Chirurgia – Cattedra di ___________________________________

per approfondimento degli studi in materia di _____________________________

____

In conformità alla delibera del Senato Accademico dell’Università degli Studi di Roma “Tor Vergata" del 5/10/1988, il sottoscritto dichiara di aver contratto una regolare polizza di assicurazione per la R.C.T. con la Società ____

(Rif. _________________________ Agenzia ______________________________)

che prevede i seguenti massimali minimi: € 1.500.000,00 / 1.000.000,00 / 1.000.000,00.

Tale copertura è estesa ai danni che si possono verificare alle strutture di laboratorio di proprietà o in uso dell’Università.

Dichiara, inoltre, di aver contratto una regolare polizza “infortuni” con la Società ____

(Rif. _______________________ Agenzia ______________________________)

che prevede i seguenti capitali ____.

Take copertura non è estesa agli infortuni e malattie professionali da radiazioni. E’ previsto, inoltre, l’abbandono, da parte della Società assicuratrice del diritto di surroga ex art. 1916 c.c..

Si allegano in copia le polizze sopracitate.

Il sottoscritto dichiara di non aver presentato analoga domanda di frequenza presso altro Dipartimento.

Data, ____________________ Firma _______________________

◆◆◆

Si autorizza la frequenza per il periodo dal ____________ al ______________
presso la Cattedra di ____.

Il Direttore del Dipartimento
(Prof. Gennaro Melino)