



UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI  
FIRENZE

**DIMAI**  
DIPARTIMENTO DI  
MATEMATICA E INFORMATICA  
"ULISSE DINI"

**Al Direttore del Dipartimento  
di Matematica e Informatica "U. Dini"  
S E D E**

**RICHIESTA PER VISITING PROFESSOR**

Il/la sottoscritto/a ..... chiede  
di poter ospitare presso il **Dipartimento di Matematica e Informatica "U. Dini"** il/la  
prof./dott./

.....  
**Cognome**

**Nome**

.....  
**luogo e data di nascita**

**codice fiscale**

.....  
**qualifica**

del/della .....

**Nome dell'Università o altro Ente Pubblico/Privato dell'ospite**

per il seguente periodo dal ..... al ..... per .....

.....  
**Indicare le motivazioni (collaborazione scientifica, visita per studio o ricerca,  
ecc....).**

.....  
**indicare su quali fondi verranno effettuati eventuali pagamenti.**

Si allega: **(da allegare in alternativa, barrare la voce che interessa)**

Dichiarazione dell'Ente di appartenenza in merito al fatto che il dipendente risulta coperto, dal punto di vista assicurativo, per gli infortuni che potrebbero eventualmente verificarsi nel periodo di permanenza in Italia e presso la struttura dipartimentale;

Dichiarazione del Visiting Professor che non riterrà l'Ateneo Fiorentino ed in particolare il Dipartimento di Matematica e Informatica "U. Dini" (attraverso il proprio rappresentante legale) in alcun modo responsabile in relazione ad infortuni che

**Segreteria Amministrativa**

Viale Morgagni 67/A – 50134 FIRENZE

Tel.: (055) 2751415 fax: (055) 2751452

e-mail: [segreteria@dimai.unifi.it](mailto:segreteria@dimai.unifi.it)

posta certificata: [dimai@pec.unifi.it](mailto:dimai@pec.unifi.it)

P.IVA | Cod. Fis. 01279680480



UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI  
FIRENZE

**DIMAI**

DIPARTIMENTO DI  
MATEMATICA E INFORMATICA  
"ULISSE DINI"

potrebbero eventualmente verificarsi nel periodo di permanenza in Italia;

Copia del pagamento del bollettino postale relativo alla quota di assicurazione cumulativa contro gli infortuni messa a disposizione dall'Università di Firenze attraverso una idonea convenzione stipulata dall'Ateneo stesso. Il versamento deve avvenire su bollettino di c/c postale n. 2535 intestato all'Università degli Studi di Firenze, secondo le seguenti modalità<sup>1</sup>:

- per adesioni dal 1° Ottobre 2016 al 30 Settembre 2017, l'importo del premio sarà di euro 6,50, quale importo minimo annuale non frazionabile e nella causale dovrà essere indicato "polizza infortuni periodo 01/10/2017-30/09/2018"

Si richiedono i seguenti servizi da utilizzarsi per le finalità connesse con le motivazioni sopra riportate.

- utilizzo stanze per ospiti
- Badge (è previsto il versamento di una cauzione di €. 20,00 che verrà restituita al momento della riconsegna del badge presso la segreteria)
- chiede di ottenere un account per l'accesso alla rete del Dipartimento per il

periodo dal ..... fino al .....

utilizzo delle fotocopiatrici/scanner \* (si allega modulo a firma del Visiting Professor). Il sottoscritto si dichiara favorevole che il suo gruppo di ricerca rimborsi, dietro richiesta, le spese relative.

Firenze,

Il Richiedente

Visto si autorizza:

Il Direttore del Dipartimento

---

<sup>1</sup> Riguardo all'operatività della garanzia si precisa che:

- per l'identificazione dei soggetti assicurati l'Ateneo farà riferimento ai bollettini postali (ovvero ricevute relative a pagamenti "home banking") con i quali verrà corrisposto il premio assicurativo;
- la garanzia per ciascun aderente decorrerà dalle ore 24.00 del giorno del pagamento e cesserà al termine di ogni scadenza annuale del contratto (ore 24 del 30/09).

La ricevuta di versamento deve essere accuratamente conservata in quanto costituisce prova di adesione alla polizza, da esibire in caso di eventuale sinistro.

**Segreteria Amministrativa**

Viale Morgagni 67/A – 50134 FIRENZE

Tel.: (055) 2751415 fax: (055) 2751452

e-mail: [segreteria@dimai.unifi.it](mailto:segreteria@dimai.unifi.it)

posta certificata: [dimai@pec.unifi.it](mailto:dimai@pec.unifi.it)

P.IVA | Cod. Fis. 01279680480