

Al Dipartimento di Matematica e Informatica "U. Dini"
Viale Morgagni 67/A
50134 Firenze

DICHIARAZIONE IN MERITO ALLA COPERTURA ASSICURATIVA

Il/La sottoscritto/a nato/a

..... il in qualità di
dell'Ente

DICHIARA

che in relazione al periodo dal al in cui accederà ai locali del
Dipartimento di Matematica e Informatica il dipendente

..... risulta coperto dalla nostra assicurazione nel
periodo di permanenza nel Dipartimento.

Luogo e data

Firma