

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

DICHIARAZIONE VISITING PROFESSOR IN MERITO ALLA COPERTURA ASSICURATIVA

Il/La sottoscritto/a nato/a

..... il in relazione al periodo dal

..... al in cui accederà ai locali del Dipartimento di Matematica e Informatica

"U. Dini" in qualità di **Visiting/Guest Professor**

DICHIARA

che non riterrà l'Ateneo Fiorentino ed in particolare il Dipartimento (attraverso il proprio rappresentante legale) in alcun modo responsabile in relazione ad infortuni che potrebbero eventualmente verificarsi nel periodo di permanenza Italia.

Luogo e data

Firma