

**DICHIARAZIONE DI ASSUNZIONE DEL RISCHIO ED ESONERO DI RESPONSABILITÀ PER STUDENTI OUTGOING
IN MOBILITÀ ERASMUS+ STUDIO, TRAINEESHIP, OVERSEAS, COIMBRA E ALTRI PROGRAMMI DI MOBILITÀ
DELL'ATENEO**

Io sottoscritta/o _____ matricola n. _____
intendendo recarmi a (inserire Paese e nome sede ospitante)

per (inserire programma di mobilità con cui si è stati selezionati) _____
ed essendo assolutamente consapevole dei rischi connessi al mio soggiorno all'estero, con la firma del presente
modulo

DICHIARO

- 1) di essere consapevole di essere tutelata/o dalla polizza **RCT/O** per i danni di cui io dovessi essere ritenuta/o civilmente responsabile in relazione all'attività istituzionale da me svolta;
- 2) di essere consapevole che, avendo acquisito la necessaria autorizzazione, la **polizza di Ateneo Infortuni Studenti** presterà idonea copertura assicurativa contro **gli infortuni** che dovessi subire nell'esercizio delle mie attività istituzionali sia durante la mia permanenza nei locali dell'Ateneo che in qualsiasi altro luogo, anche estraneo all'Università/ente ospitante, sia in Italia che all'estero, come, a titolo esemplificativo ma non limitativo, stabilimenti, laboratori industriali o di ricerca, sedi di altre Università ed Istituti di Ricerca e simili, in cui io possa trovarmi per ragioni di studio, visite ed esperimenti, attività complementari ed accessorie, nel rispetto delle condizioni previste in polizza;
- 3) di essere consapevole che la suddetta polizza infortuni **non** presta garanzia per le malattie e che eventuali infezioni da virus sono considerate malattia;
- 4) di essere consapevole che la suddetta polizza infortuni **non** prevede il rimborso dei titoli di viaggio;
- 5) di essere consapevole che la **Tessera Europea di Assicurazione Malattia (TEAM)** consente, a tutti i cittadini dell'Unione Europea, Svizzera, Islanda e Norvegia, temporaneamente in un altro Stato membro, l'accesso diretto ai servizi sanitari del Paese che lo ospita alle stesse condizioni dei residenti (alcune prestazioni potrebbero essere erogate in forma indiretta, ovvero pagandone il relativo costo in loco e ottenendo un successivo rimborso dalla propria ASL di competenza), ma non copre alcune garanzie tipicamente previste dalle polizze sanitarie stipulate in forma "privata", quali il rimpatrio sanitario. Inoltre, la carta TEAM per gli studenti non comunitari iscritti a UNIPV non garantisce copertura sanitaria al di fuori dell'Italia;
- 6) di essere consapevole che ai sensi del DPR n. 1124/65 la tutela **INAIL** gestione per conto dello Stato **opera esclusivamente** nel caso in cui lo **studente** svolga esperienze tecnico-scientifiche, esercitazioni pratiche ed attività motorie; sono pertanto esclusi dalla tutela INAIL gli infortuni eventualmente occorsi agli studenti durante la formazione teorica in aula. L'invio della denuncia infortunio all'INAIL non riconosce automaticamente l'infortunio e/o la corresponsione di un indennizzo economico;
- 7) di essere stato informato dagli uffici dell'**importanza** di acquistare una polizza che garantisca l'assistenza sanitaria all'estero e che copra le spese mediche e di rimpatrio sanitario anche derivanti da infezione da COVID-19;
- 8) di rinunciare in relazione alla mobilità in oggetto a qualsiasi richiesta di risarcimento danni o di indennizzo nei confronti dell'Università di Pavia, esclusi i casi inderogabili di legge.

Dichiaro, infine, di essere informata/o che, ai sensi e per gli effetti del GDPR 2016/679, i dati personali raccolti e trasmessi ad altri Enti anche con strumenti informatici, saranno trattati esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

L'informativa completa è disponibile sul sito internet <https://privacy.unipv.it>

Pavia, ____/____/_____

Firma per esteso