Al Direttore del

Dipartimento di Scienze Biomediche Sperimentali e Cliniche

Viale Morgagni, 50 - 50134 Firenze

**DICHIARAZIONE VISITING PROFESSOR IN MERITO ALLA COPERTURA ASSICURATIVA**

Il/La sottoscritto/a ………………………………………………………………....................... nato/…..

………………………………... il ………………………………. in relazione al periodo dal …................

….... al …............................... in cui accederà ai locali del Dipartimento di Scienze Biomediche Sperimentali e Cliniche in qualità di **Visiting 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