Alla CA del Magnifico Rettore

Prof. Francesco Mola

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI CAGLIARI

**OGGETTO: RICHIESTA RIMBORSO POLIZZE ASSICURATIVE**

Il/La sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
residente a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
in Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
iscritto/a al CdL in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ matricola \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARA**

* Di essere risultato/a assegnatario/a di una borsa di mobilità per studio nell’A.A. 2020/2021 presso l’Università estera \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ERASMUS CODE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* Di aver concluso con successo le attività formative per un totale di \_\_\_\_\_\_\_ ECTS;
* Di aver stipulato la polizza assicurativa sanitaria n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con la Compagnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, per un importo pari a € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* Di aver stipulato la polizza assicurativa di viaggio n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con la Compagnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, per un importo pari a € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

**CHIEDE**

Il rimborso delle polizze assicurative stipulate per la partecipazione al programma di mobilità Erasmus+ nell’A.A.2020/2021.

**A tal fine allega alla presente:**

* Certificato assicurativo delle polizze stipulate.

Luogo e Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_