

**Ufficio Assicurazioni
Settore Servizi all'Utenza
Università degli Studi di Milano – Bicocca
Via Dell'Innovazione, 10 – ed. U9
20126 MILANO**
(da inviare esclusivamente via mail
al seguente indirizzo:
assicurazioni@unimib.it)

Oggetto: autorizzazione allo spostamento per finalità istituzionali

Il/La sottoscritto/a
in qualità di * di questa Università

AUTORIZZA

Il/la studente/ssa /dott./dott.ssa
Corso di Laurea in
..... a recarsi presso (indicare Ente/Struttura
in Italia o all'estero) sito in
..... per il seguente motivo
.....
nel periodo
Il trasferimento avverrà mediante (specificare il mezzo di trasporto)
Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente all'Ufficio Assicurazioni ogni variazione che
dovesse intervenire alla presente autorizzazione.

.....
(luogo e data)

FIRMA

* indicare la carica ricoperta (a titolo esemplificativo: Docente, Direttore di Dipartimento, Coordinatore di Corso di Laurea, ecc.)