



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PARMA  
**DIPARTIMENTO DI FISICA**  
"Macedonio Melloni"

**ALLA DIREZIONE AMMINISTRATIVA**

**SEDE**

Telef: 034219

Fax . 034361

**OGGETTO: Polizza n. 5001002287/V Assicurazione Assistenziale integrativa del SSN**

....I... sottoscritto ..... nato a .....  
il ..... residente a .....  
in Via ..... n. ...., in servizio presso .....  
..... con la qualifica di .....  
comunica di essere stato autorizzato a recarsi in missione .....(\*)

Chiede pertanto l'attivazione a proprio favore della Polizza assicurativa di cui all'oggetto dal  
giorno ..... al giorno ..... con addebito di € 1,20 per ogni  
giorno al Dipartimento di .....

Data,

Firma

.....

(\*) Verificare che l'invio del modulo, compilato chiaramente in ogni sua parte, venga effettuato 1 sola volta al fax 0521-034361, almeno 1 giorno prima della partenza.