

**Dottorandi in viaggio di studio per finalità di ricerca  
e non in missione o tirocinio**

**DICHIARAZIONE DI ASSUNZIONE DEL RISCHIO ED ESONERO DI RESPONSABILITÀ**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_, intendo su base volontaria recarmi / prolungare il mio soggiorno a \_\_\_\_\_ per svolgere l'esperienza formativa come autorizzata dal Collegio dei Docenti di pertinenza, essendo assolutamente consapevole dei rischi connessi al mio soggiorno all'estero, con la firma del presente modulo

**DICHIARO**

- 1) che l'Università / ente / centro di ricerca ospitante si è dichiarata disponibile a farmi svolgere in presenza la mia attività di ricerca;
- 2) di essere stata/o autorizzata/o dal Collegio dei Docenti di pertinenza a svolgere l'attività formativa in data \_\_\_\_\_;
- 3) di aver preso visione delle condizioni di sicurezza del Paese di destinazione facendo riferimento alle indicazioni del Ministero degli Affari Esteri riportate sul sito Viaggiare Sicuri (<http://www.viaggiasesicuri.it/>) per determinare lo stato di sicurezza di ciascun Paese;
- 4) di essere consapevole di dover rispettare le prescrizioni imposte dal Paese ospitante e dall'Università / ente / centro di ricerca ospitante in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro e dei protocolli COVID-19;
- 5) di essere consapevole di essere tutelata/o dalla polizza RCT/O n. 1911090 per i danni di cui io dovessi essere ritenuta/o civilmente responsabile in relazione all'attività istituzionale da me svolta;
- 6) di essere consapevole che, avendo acquisito la necessaria autorizzazione, la polizza di Ateneo Infortuni Studenti n. 802534120 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, sia in Italia che all'estero, come, a titolo esemplificativo ma non limitativo, stabilimenti, laboratori industriali o di ricerca, sedi di altre Università e 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;

7) di essere consapevole che la suddetta polizza infortuni non presta garanzia per le malattie e che eventuali infezioni da virus sono considerate malattia;

8) di essere consapevole che la suddetta polizza infortuni non prevede il rimborso dei titoli di viaggio;

9) di essere consapevole che ai sensi del DPR n. 1124/65 l'INAIL presta garanzia solo in occasione delle esperienze tecnico-scientifiche o esercitazioni pratiche;

10) di aver preso visione delle condizioni di validità della mia Tessera Europea di Assicurazione Malattia (TEAM), se posseduta, all'interno del Paese ospitante e di essere consapevole che comunque essa non garantisce il rimpatrio sanitario, neanche in caso di necessità;

11) di avere intenzione di provvedere o di aver provveduto autonomamente alla sottoscrizione di una polizza sanitaria privata valida nel Paese ospitante, qualora questo non rientri nell'ambito di validità della mia Tessera Europea di Assicurazione Malattia (TEAM) o qualora io non sia in possesso di una Tessera Europea di Assicurazione Malattia;

12) di rinunciare a qualsiasi richiesta di risarcimento danni o di indennizzo nei confronti dell'Università degli Studi 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

-----