

AUTODICHIARAZIONE ASSICURATIVA

Il/la sottoscritto/a _____, CF _____
_____ nato/a a _____ (____) residente in _____,
_____ con riferimento al periodo di
tirocinio/formazione all'estero presso _____ di
_____ (indicare città e Paese ospitante);

DICHIARA

- Di essere in possesso di tessera TEAM (Tessera Europea Assicurazione Malattia) in corso di validità con scadenza il _____;
- Di essere consapevole che, in caso di selezione per il periodo formativo di cui sopra, sarà richiesta la sottoscrizione di una polizza assicurativa responsabilità civile verso terzi indicata da SAE i cui costi verranno posti a carico dell'Istituto.

Luogo e data

Firma
