

## **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

\_\_\_\_\_