Al Direttore del

Dipartimento di Neuroscienze, Psicologia, Area del Farmaco e Salute del Bambino

Firenze

**DICHIARAZIONE VISITING PROFESSOR IN MERITO ALLA COPERTURA ASSICURATIVA**

Il/La sottoscritto/a ………………………………………………………………....................... nato/a …..

………………………………... il ………………………………. in relazione al periodo dal …................

….... al …............................... in cui accederà ai locali del Dipartimento di Neuroscienze, Psicologia, Area del Farmaco e Salute del Bambino in qualità di Visiting Professor/Researcher

**DICHIARA**

che non riterrà l'Ateneo Fiorentino ed in particolare il Dipartimento (attraverso il proprio rappresentante legale) in alcun modo responsabile in relazione ad infortuni che potrebbero eventualmente verificarsi nel periodo di permanenza in Italia.

Luogo e data Firma