**AUTORIZZAZIONE A FREQUENTARE LE STRUTTURE UNIVERSITARIE**

Si autorizza il/la Dott.

a svolgere attività presso il Dipartimento di Scienze Cliniche e Molecolari – Laboratorio di …………………….. nell’ambito dell’attività di ricerca ………………………………………………………………………….………

per il periodo dal ……………. al ……………..

Si richiede pertanto la relativa copertura assicurativa contro:

gli infortuni

Il Responsabile del Laboratorio Il Direttore del Dipartimento

…………………………………… …….…………………………

Indicazioni procedurali:

*Il soggetto esterno autorizzato alla frequenza dovrà effettuare il pagamento dell’importo di € 0,51 al giorno a titolo di contributo assicurativo tramite il Portale dei pagamenti UNIVPM – pagamento spontaneo -collegandosi al link* [*https://univpm.pagoatenei.cineca.it/frontoffice/pagamentospontaneo*](https://univpm.pagoatenei.cineca.it/frontoffice/pagamentospontaneo)*, inserendo i propri dati personali, selezionando come motivo del pagamento “contributo assicurativo” e indicando nella causale: cognome e nome – contributo per assicurazione frequenza Disclimo.*

*La ricevuta del pagamento dovrà essere inviata via mail alla segreteria del Dipartimento* [*dip.disclimo@sm.univpm.it*](mailto:dip.disclimo@sm.univpm.it) *per l’inoltro successivo ai competenti uffici dell’Amministrazione Centrale.*