

**Al Magnifico Rettore dell'Università degli
Studi di Roma "Tor Vergata"
Settore Dottorati di Ricerca
Via Orazio Raimondo, 18
Fax: 06/72592565**

__l__ sottoscritto _____
email_____ Tel._____
Cell._____
iscritto al dottorato di ricerca in _____
ciclo_____

DICHIARA

di essere in possesso di polizza assicurativa, per i rischi professionali esercitati nell'ambito del
corso di dottorato, contratta con la società_____

e di aver regolarmente versato il premio assicurativo previsto dalla predetta polizza.

Il Sottoscritto si impegna inoltre a comunicare al settore dottorati eventuali variazioni della società
con la quale ha contratto la polizza assicurativa e ad ottemperare al pagamento della stessa per
l'intera durata del corso di Dottorato.

Roma li, _____

Il Dichiarante