

**DICHIARAZIONE TIROCINANTE**  
**IN MERITO ALLA ESCLUSIONE DELLA COPERTURA ASSICURATIVA**  
**PER CONTAGIO COVID-19**

All'Università degli Studi di Firenze

Piazza San Marco, 4

50121 - Firenze (FI)

La/Il sottoscritta/o \_\_\_\_\_ nata/o a \_\_\_\_\_  
prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ cod. fisc. \_\_\_\_\_ residente a  
\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ in via/piazza \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ in qualità di studentessa/studente  
dell'Università degli Studi di Firenze avente matricola n. \_\_\_\_\_ frequentante il  
\_\_\_\_\_, ai sensi e per gli effetti di legge,

**DICHIARA**

- di essere a conoscenza che agli studenti dell'Università degli Studi di Firenze che svolgono il tirocinio sia a distanza sia in presenza sono garantite le coperture assicurative relative alla responsabilità civile verso terzi e agli infortuni, ad esclusione di un eventuale contagio da COVID-19 così come già esternato e formalizzato dall'Università degli Studi di Firenze pubblicato sul sito web dell'Università;
- di aver ricevuto ogni più ampia informazione in merito alla suddetta esclusione di copertura assicurativa e, pertanto, di aver compreso chiaramente tutte le conseguenze della mancanza di qualsiasi copertura assicurativa a seguito di un eventuale contagio da COVID-19;
- di essere informato che – stante l'attuale situazione di emergenza sanitaria – l'Università degli Studi di Firenze ha consentito l'acquisizione dei crediti formativi connessi al Tirocinio secondo modalità alternative in sostituzione dello svolgimento in presenza;
- di essere a conoscenza di quanto indicato nella circolare INAIL n. 22 del 20 maggio 2020 in ordine alla tutela infortunistica nei casi accertati di infezione da coronavirus in occasione di lavoro.

Visto quanto sopra, la/il sottoscritta/o

**DICHIARA**

di voler effettuare il tirocinio presso Associazione Le Mille e Una Rete

\_\_\_\_\_ con sede legale in \_\_\_\_\_

Firenze, li \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_