



Università
Ca' Foscari
Venezia

AUTORIZZAZIONE TRATTAMENTO DATI PERSONALI (CONTATTO D'EMERGENZA)

Area Didattica e Servizi agli Studenti

Ufficio Relazioni
Internazionali/
International Office

Settore Mobilità/
Mobility Unit

Il/La sottoscritto/a (nome, cognome),
nato/a a, il,
residente in (via, num. civico, CAP, città).....
.....
iscritto/a al il Corso di Studi in.....
dell'Università Ca' Foscari Venezia,
autorizza

l'Università Ca' Foscari Venezia, in caso di:

- pericolo per la propria vita o salute o incolumità;
- malattia/sindrome sopravvenuta o aggravamento di malattia/sindrome preesistente;
- incidente, sinistro o infortunio subito;
- furto o rapina subita;
- esaurimento del denaro contante/elettronico a disposizione;
- e comunque in ogni caso in cui si dovesse verificare una situazione di emergenza di qualsivoglia natura che riguardi il sottoscritto, e ciò ad insindacabile giudizio dell'Ateneo;

a prendere contatti con

nome:
cognome:.....
telefono cellulare:.....
indirizzo email:.....
relazione con lo scrivente (madre/padre/fratello...):.....

comunicando a quest'ultimo il luogo in cui il sottoscritto dovesse trovarsi, i relativi contatti (indirizzo/telefono/e-mail) ed ogni altra informazione necessaria e connessa alla situazione di emergenza ritenuta tale dall'Ateneo.

Luogo, data

Firma per esteso

Si allega: documento di identità (fronte/retro) dello studente dichiarante

Ca' Foscari
Dorsoduro 3246
30123 Venezia

T +39 0412347575
F +39 0412347567
international.mobility@
unive.it
erasmusout@unive.it
international.cooperation@
unive.it
jointdegree@unive.it
erasmus@unive.it