



Università  
Ca' Foscari  
Venezia

**Area Didattica e  
Servizi agli Studenti**

Ufficio Relazioni  
Internazionali/  
International Office

Settore Mobilità/  
Mobility Unit

**AUTORIZZAZIONE TRATTAMENTO DATI PERSONALI (CONTATTO  
D'EMERGENZA)**

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)

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