



All'Università degli Studi "G. d'Annunzio" Chieti-Pescara
Dipartimento di Psicologia
dipsi@unich.it

**COLLABORAZIONI DEGLI STUDENTI AI SERVIZI DELL'UNIVERSITÀ DEGLI STUDI "G. d'ANNUNZIO" PER
ATTIVITÀ DI Psychological Health Ambassador A.A. 2024/2025**

MODULO INTERRUZIONE/RINUNCIA INCARICO

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

Cognome e nome	M ☐ F ☐
Luogo e data di nascita	
Cittadinanza	
Residenza	
Domicilio (se diverso dalla residenza)	
Corso di studio L/LM	
Email istituzionale (@unich.it)	
Matricola	N. Cellulare
Struttura di assegnazione	
Data inizio attività di collaborazione	

DICHIARA

a) ☐ di rinunciare totalmente alla collaborazione suddetta per i seguenti motivi:

b) ☐ di interrompere la collaborazione prevista per un monte ore complessivo di 150, per i seguenti motivi:

e richiede il pagamento, ove dovuto, di n. ____ ore effettivamente svolte.

Il/La sottoscritto/a, infine, dichiara di aver preso visione della informativa sul trattamento dei dati personali di cui al Regolamento (UE) – GDPR - 2016/679 del 27 aprile 2016 e al D.Lgs. n. 196/2003 - Codice Privacy come modificato dal D.Lgs. 101/2018 e denominata "Informativa studenti versione estesa", pubblicata sul Portale di Ateneo al seguente indirizzo www.unich.it/privacy.

_____, _____
(luogo) (data)

(firma leggibile)