



Università degli Studi “G. d’Annunzio”  
CHIETI-PESCARA

**Area Didattica 1 – Settore Corsi Post Lauream (TFA-PAS-Master – Corsi di  
Perfezionamento/Aggiornamento/Formazione)**

**MASTER DI I LIVELLO IN INFERMIERISTICA DI COMUNITA':  
CURE PRIMARIE E TERRITORIO  
A.A. 2017/18**

**AVVISO**

Si comunica che Il Master in intestazione non verrà attivato in quanto non è stato raggiunto il numero minimo degli iscritti.  
Si allega modulo di richiesta rimborso del contributo di ammissione.

Chieti, lì 30/11/2017



in quanto trattasi di somma non dovuta per il seguente motivo:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

allega alla presente **la/e copia/e** della/e ricevuta/e di versamento di cui chiede la verifica e l'eventuale rimborso unitamente alla dichiarazione di conformità all'originale ai sensi di quanto previsto dal D.P.R. 445/2000 (All. 1). Inoltre, consapevole del fatto che le dichiarazioni mendaci, la falsità e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale (art 476 e ss.c.p.) e delle leggi speciali in materia

**DICHIARA**

- di non aver usufruito di benefici, servizi o agevolazioni di alcun tipo, comprese quelle relative alle detrazioni fiscali nella dichiarazione dei redditi, relativamente alla tassa/alle tasse di cui chiede la verifica. Tale dichiarazione è da ritenersi sostitutiva dell'atto di notorietà ai sensi del DPR 445/2000;
- di scegliere la seguente modalità di pagamento:

Accredito su c/c postale intestato o cointestato

Accredito su c/c bancario intestato o cointestato

COORDINATE BANCARIE IBAN																			
ID NAZ	CIN E	CIN	ABI				CAB				NUMERO CONTO								

intestato a \_\_\_\_\_

Istituto bancario o postale \_\_\_\_\_ N. agenzia \_\_\_\_\_

**Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente ogni eventuale sopravvenuta modifica ai dati di cui alla presente dichiarazione.**

**ALLEGATI**

- 1) n. \_\_\_\_\_ copia/e di ricevuta/e di versamento effettuato (N.B. In caso di duplicazione di versamenti è necessario allegare anche la copia del pagamento dovuto), con dichiarazione di conformità all'originale secondo quanto previsto dal DPR 445/2000 (Allegato 1);
- 2) fotocopia, fronte/retro, di un documento di identità personale in corso di validità.

..... li .....

(luogo e data)

Firma

.....

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DELL'ART. 23 D.LGS 196/2003**

Il sottoscritto .....  
dichiara di aver preso visione dell'informativa per il trattamento dei dati personali di cui all'art. 13 del D.Lgs. 30 Giugno 2003 n. 196 reperibile sul sito web di Ateneo all'indirizzo <http://www.unich.it> e,

consapevole, in particolare, che il trattamento potrà riguardare anche quelli "idonei a rivelare lo stato di salute" di cui all'art. 4 comma 1 lett. d) di tale Decreto necessari all'erogazione dei benefici previsti dalla legge per le particolari categorie che vi hanno titolo nonché di quanto previsto dalla normativa italiana ed europea vigente in materia, acconsente al trattamento di quelli forniti secondo le finalità e con le modalità indicate nell'informativa medesima.

..... li .....

(luogo e data)

Firma leggibile.....

### **Avvertenza**

La presente istanza, debitamente compilata in tutte le sue parti e corredata degli allegati richiesti, deve essere consegnata a mano al Settore Archivio Generale di Ateneo e Protocollo (palazzina del Rettorato - Via dei Vestini - Chieti Scalo - orario da lunedì a venerdì 09:00/13:30 il martedì e giovedì anche 15:00/16:30) ovvero scansionata in PDF, con allegato un documento di riconoscimento in corso di validità, e trasmessa al seguente indirizzo e-mail: corsi.postlauream@unich.it.



Università degli Studi "G. d'Annunzio"  
CHIETI-PESCARA

## **SETTORE CORSI POST LAUREAM (TFA-PAS/Corsi di Perfezionamento/ Aggiornamento/Formazione)**

Allegato 1

### **RICHIESTA RIMBORSO CONTRIBUTI ISCRIZIONE**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CONFORMITA' ALL'ORIGINALE DELLA COPIA DI DOCUMENTI  
(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445)**

Il/La sottoscritt\_\_\_\_\_

(cognome e nome)

nat\_\_ a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

(luogo)

(prov.)

residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

(luogo)

(prov.)

(indirizzo)

domiciliato/a in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

(luogo)

(prov.)

(indirizzo)

n. telefono \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art.76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi

## DICHIARA

che la copia del \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

allegato alla domanda di rimborso del contributo di iscrizione dell'A.A. \_\_\_\_\_

è conforme all'originale conservato dal/la sottoscritto/a.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Il dichiarante

\_\_\_\_\_