



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

SETTORE CORSI POST LAUREAM (TFA-PAS/Corsi di Perfezionamento/  
Aggiornamento/Formazione)  
RICHIESTA RIMBORSO CONTRIBUTI ISCRIZIONE

Al Magnifico Rettore  
dell'università degli Studi  
"G. d'Annunzio"  
Chieti-Pescara

Matricola I \_ I \_ I \_ I \_ I \_ I \_ I

Il sottoscritto/a Cognome ..... Nome.....

DICHIARA

(ai sensi del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

di essere:

nato a ..... prov. .... il .....

residente a .....prov..... C.A.P.....

Via..... n .....

Telefono..... cell .....

e-mail .....

codice fiscale :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

iscritto per l'A.A. \_\_\_\_\_ al

- Master Universitario di I livello in .....
- Master Universitario di II livello in.....
- Corso di Perfezionamento in.....
- Corso di Aggiornamento in.....
- Corso di Formazione in.....

CHIEDE

il rimborso della somma di € \_\_\_\_\_ versata a titolo di:

- Contributo di iscrizione \_\_\_\_\_;
- Indennità di mora \_\_\_\_\_;
- Contributo per partecipazione test di ammissione;

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

.....

### PRESA VISIONE TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il/La sottoscritto/a .....  
dichiara di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali di cui al Regolamento (UE) - GDPR - 2016/679 del 27 aprile 2016, del Decreto Legislativo 10 agosto 2018, n. 101, recante Disposizioni per l'adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del Regolamento EU 679/2016 (GDPR) e delle Linee Guida CODAU in materia di privacy e protezione dei dati personali in ambito universitario adottate e fatte proprie dall'Ateneo con delibera del Consiglio di Amministrazione n. 119/2018 Prot. n. 26014, reperibili sul Portale di Ateneo all'indirizzo [www.unich.it/privacy](http://www.unich.it/privacy)

**Firma leggibile**.....

..... li .....

(luogo e data)

### **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](mailto:corsi.postlauream@unich.it).



**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

\_\_\_\_\_