UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI MESSINA
AREA SEGRETERIE E SERVIZI AGLI STUDENTI
SETTORE POLO POLICLINICO
UFFICIO LAUREE TRIENNALI E SPECIALISTICHE DELLE PROFESSIONI SANITARIE

R I M B O R S O T A S S E

Matricola n.° _____

Dati anagrafici	Il / La sottoscritto/a: _____ (Cognome) (Nome) Nato/a a: _____ (luogo di nascita) in data _____ Indirizzo: _____ n.° _____ C.A.P. _____ Comune _____ Prov. (____) n.° telefono _____ n.° cellulare _____ e-mail: _____@_____
	CODICE FISCALE (OBBLIGATORIO) ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Dati di carriera	Iscritto/a per l'anno accademico _____ /_____ al _____ (1° / 2° / 3°) anno _____ (In corso / fuori corso / ripetente) del Corso di Laurea/Laurea Specialistica in _____

chiede il rimborso della somma di € ☐☐☐☐,☐☐

relativa all'anno accademico _____ per il seguente motivo:

- ☐ ***vincitore/idoneo borsa di studio E.R.S.U.;***
- ☐ ***laureato in corso;***
- ☐ ***duplice versamento a medesimo titolo*** *(pergamena di laurea, mora, 1ª rata, 2ª rata, ……)**;***
- ☐ *pagamento **non dovuto** perché* _____ (specificare il motivo)

A tal fine:

☐ **allega l'originale della ricevuta del pagamento**;

oppure

☐ **dichiara**, ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 445/2000, **di aver smarrito l'originale della ricevuta del pagamento.**

MODALITÀ DI PAGAMENTO

(barrare l'opzione scelta)

☐ In contanti.

☐ Tramite accredito sul **proprio** conto corrente presso _____ (Denominazione Istituto di Credito)

PAESE	CIN EUR	CIN	BANCA (ABI)	AGENZIA (CAB)	NUMERO DI CONTO CORRENTE

Messina, _____ (data) Firma _____