



**RICHIESTA DI RIMBORSO**  
**PER SPESE D'ISCRIZIONE AL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE**  
**-STUDENTI EXTRA-COMUNITARI-**  
 DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI NON SOGGETTA AD AUTENTICAZIONE  
 (D.P.R. 28/12/2000 N. 445)

Spett.le Azienda per il Diritto agli Studi Universitari  
 Area attività e servizi per il D.S.U.  
 Viale dell'Unità d'Italia 32/a  
 66100 C H I E T I

Il sottoscritt \_\_\_\_\_ nat a \_\_\_\_\_  
 il \_\_\_\_\_, C.F. n. \_\_\_\_\_, residente in via \_\_\_\_\_  
 n. \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_  
 (\_\_\_\_), cittadinanza \_\_\_\_\_, domicilio via \_\_\_\_\_  
 n. \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_), Tel. n. \_\_\_\_\_, indirizzo e-mail  
 (**campo obbligatorio**): \_\_\_\_\_ regolarmente iscritt\_\_ per l'a.a.  
 201.../201...al Dipartimento di \_\_\_\_\_  
 al \_\_\_\_\_° anno al Corso di Laurea in \_\_\_\_\_ matricola n.  
 \_\_\_\_\_; N° PASSAPORTO: \_\_\_\_\_; N° PERMESSO DI  
 SOGGIORNO: \_\_\_\_\_ VALIDITA' \_\_\_\_\_

beneficiario di borsa di studio  catalogato in: PRIMA  SECONDA  FASCIA DI  
 REDDITO/MERITO per l'anno accademico 201...../201..... ed iscritto al corso di laurea in \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**C H I E D E**

*consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, per le ipotesi di falsità in atti di dichiarazioni mendaci, sotto la propria personale responsabilità,*

**IL RIMBORSO DELLE SPESE DI ISCRIZIONE AL S.S.N. PER L'ANNO \_\_\_\_\_**

**Dichiara di aver effettuato a tale scopo pagamento di €..... in data .....**

**sul Conto Corrente bancario n..... intestato a Azienda Sanitaria**

**Locale di (città e Prov.) .....**

*Dichiara di essere informato (ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs.196 del 30 giugno 2003, art 18 e 19) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.*

Nel caso in cui la firma non venga apposta in presenza del dipendente addetto alla ricezione, unitamente alla domanda dovrà essere consegnata copia fotostatica del documento di identità dello studente.

Chieti, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 FIRMA (per esteso e leggibile)

doc. ricon. \_\_\_\_\_  
 n. \_\_\_\_\_  
 rilasciato da \_\_\_\_\_

**Parte riservata all'Ufficio**

\_\_\_\_\_  
 L'Incaricato del Servizio