



AZIENDA PER IL DIRITTO AGLI STUDI UNIVERSITARI

Via XX Settembre nn. 46/52 - 67100 L'Aquila
 C.F.: 80004530665 - P.I.: 01024330662
www.adsuag.org e-mail: info@adsuag.org
 Sede Operativa: Ex Caserma Campomizzi Palazzina "D" Località Casermette
 67100 L'AQUILA Tel. 0862-32701 Fax 0862-312163

RICHIESTA DI RIMBORSO TASSA REGIONALE

Il sottoscritto _____

Nato a _____ prov. _____ il _____

Residente in via _____ n° _____ cap. _____

Località _____ Prov. _____ tel. _____

Codice fiscale _____ e mail _____

consapevole delle sanzioni penali previste dal D.P.R. n. 445/2000 per le ipotesi di falsità, sotto la propria personale responsabilità

CHIEDE

IL RIMBORSO DELLA TASSA REGIONALE VERSATA PER L'A.A. ____/____ per il motivo sotto specificato:

- Doppio pagamento
- Trasferimento presso altro Ateneo della Regione Abruzzo in data _____
- Mancata attivazione del corso di studi
- Grado d'invalidità non inferiore al 66% (allegare certificato medico da cui risulti il grado d'invalidità)
- ALTRO _____

OVE LA RICHIESTA VENGA ACCOLTA, SI CHIEDE IL PAGAMENTO MEDIANTE: (barrare la voce che interessa)

- RISCOSSIONE DIRETTA PRESSO LA TESORERIA ADSU .
- ASSEGNO PRESSO LA PROPRIA RESIDENZA .
- ACCREDITO . PRESSO N. IBAN INTESTATO AL RICHIEDENTE :

____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____
 ____/____/____/____/____/____/____

- *Dichiara di essere informato (ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs.196/2003) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione è resa.*
- ***Allegare copia della ricevuta di pagamento.***
- *Qualora la domanda non sia presentata direttamente dall'interessato è necessario allegare copia fotostatica di un valido documento di riconoscimento.*

Data ____/____/____

firma _____