



## MODULO DI RICHIESTA RIMBORSO

### IL/LA SOTTOSCRITTO/A

- Nome e Cognome: \_\_\_\_\_
- Luogo e data di nascita: \_\_\_\_\_
- Codice Fiscale: \_\_\_\_\_
- Indirizzo: \_\_\_\_\_
- CAP / Città / Provincia: \_\_\_\_\_
- Telefono / E-mail: \_\_\_\_\_

### CHIEDE

all'**UNIVERSITÀ PER STRANIERI DI PERUGIA**, piazza Fortebraccio 4, 06123 Perugia - C.F. 80002630541 - P.IVA 01202780548,

### la seguente tipologia di rimborso:

- Tassa d'iscrizione all'esame CELI
- Tassa d'iscrizione a corso di formazione
- Altro (specificare): \_\_\_\_\_

- Titolo dell'esame / corso: \_\_\_\_\_
- Data di iscrizione: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_
- Importo versato: € \_\_\_\_\_
- Modalità di pagamento:  Bonifico  Carta  Contanti  Altro
- Data del versamento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### per la seguente motivazione:



(Specificare il motivo per cui si richiede il rimborso: es. rinuncia all'esame, annullamento corso, motivi di salute, doppio pagamento, ecc.)

---

---

---

**Il/La sottoscritto/a fornisce i seguenti dati per l'accredito del rimborso:**

Bonifico bancario

• **Intestatario conto:** \_\_\_\_\_

• **IBAN:** \_\_\_\_\_

• **Banca:** \_\_\_\_\_

Altro (specificare): \_\_\_\_\_

**Il/La sottoscritto/a allega la seguente documentazione:**

Copia documento di identità

Eventuale certificazione medica / giustificativo

Altri allegati: \_\_\_\_\_

**Dichiarazione del richiedente**

Il/La sottoscritto/a dichiara che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero e che la documentazione allegata è autentica.

Autorizza inoltre il trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR) esclusivamente per le finalità connesse alla presente richiesta.

**Firma del richiedente:** \_\_\_\_\_

**Data:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_



**DELEGA ALLA RISCOSSIONE (solo se applicabile)**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

**DELEGA alla riscossione della quota di rimborso a me spettante**

il/la Sig./ra \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

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

residente in \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

recapito telefonico \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

IBAN delegato: \_\_\_\_\_

**Documentazione allegata**

Copia documento di identità del delegato

Firma del delegante: \_\_\_\_\_

Firma del delegato: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_