

Al Magnifico Rettore dell'Università degli Studi di Teramo

PORTATORE DISABILITÀ

MATR. N.

..... sottoscritt... nat... a

(cognome e nome)

prov. il residente inprov. CAP

via n° cittadinanza

tel. n° cell. n°

e-mail (in stampatello)

(se diverso dalla residenza) con recapito in vian°

città..... prov..... C.A.P.

CHIEDE

di essere esonerato dal pagamento delle tasse e dai contributi universitari in quanto studente diversamente abile con % di invalidità riconosciuta pari al tipo di disabilità

Allegati:

- certificato attestante la disabilità;
- copia fronte/retro di un documento di riconoscimento in corso di validità;
- copia della ricevuta della fattura di € 16 per pagamento dell'imposta di bollo per l'iscrizione all'a.a.

.....
luogo e data

.....
firma

..... sottoscritt... dichiara, inoltre, di aver preso visione dell'informativa, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679 (riportata nella sezione Scuole di specializzazione > Modulistica del sito internet di Ateneo www.unite.it) e di autorizzare il trattamento di tutti i dati personali raccolti, inclusi quelli relativi alle categorie particolari, ai fini della presente procedura.

.....
luogo e data

.....
firma

tagliare -----

RICEVUTA DI AVVENUTA CONSEGNA PRESSO L'UFFICIO SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE

..... dott. ha presentato in data

la domanda di Portatore disabilità per la Scuola di specializzazione in

..... per l'a.a.....