Laziodisu
Area 1 AMMINISTRAZIONE, FINANZA E CONTROLLO
Via Cesare De Lollis 24/b
00185 Roma
FAX 064970228

Codice fiscale																

Il/La Sottoscritt _ _____ _____
(cognome) (nome)

Nato/a _____ **il** _____ **Residente in** _____

Via/Piazza _____ **Prov** _____ **Cap** _____

Cellulare											**Mail** _____

> Chiede il rimborso della somma pagata indebitamente a titolo di:

1. Tassa di abilitazione professionale;
2. Tassa iscrizione universitaria;
3. Altro (specificare) _____

> Allega:

1. copia dei pagamenti effettuati;
2. copia documento d'identità;
3. altro (specificare) _____
4. Motivazione del rimborso _____

> Autorizza Laziodisu

ad accreditare il rimborso sul conto corrente **intestato a me medesimo/a**

☐ **Bancario Banca** _____ **ag. di** _____ **Via** _____
(nome) **(luogo)**

☐ **Postale Uff. postale di** _____**, Via** _____
(luogo)

CODICE IBAN INTESTATO AL RICHIEDENTE

(compilare con cura tutte le caselle):

☐☐ ☐☐ ☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Il/la sottoscritto/a autorizza inoltre ai sensi dell'art. 13 del D.Leg. n. 196 del 30 giugno 2003, questo ente al trattamento dei dati personali contenuti nella presente dichiarazione, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data _____ _____
Firma del dichiarante (per esteso e leggibile)