

**ADISU Roma 1**  
**Via Cesare De Lollis 22**  
**00185 Roma**  
**Fax 06.4970387**

**Compilare tutti i campi del presente modulo**

**RINUNCIA BENEFICI ANNO ACCADEMICO \_\_\_\_\_**

E' obbligatorio specificare l'a.a. a cui fa riferimento la presente rinuncia

**Codice fiscale**

**Il/La Sottoscritto/a** \_\_\_\_\_

(cognome)

(nome)

**Nat\_a a** \_\_\_\_\_

**il**

**residente a** \_\_\_\_\_

**Iscritto/a per l'a.a.** \_\_\_\_\_

**al**

**anno della Facoltà di** \_\_\_\_\_

Specificare l'a.a. per il quale si intende rinunciare ai befcii

**Corso di laurea in** \_\_\_\_\_

**cellulare**

**mail** \_\_\_\_\_

in data odierna **RINUNCIA** per il seguente motivo: \_\_\_\_\_

**all'idoneità**

**alla vincita**

dei concorsi sotto indicati:

**BORSA DI STUDIO**

**SERVIZIO ABITATIVO**

**CONTRIBUTO INTEGRATIVO**

**CONTRIBUTO MONETARIO**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**

(Art. 46 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'articolo 76 del D.P.R.445 del 28 dicembre 2000.

Il/la sottoscritt\_ dichiara di

**Aver riscosso**

**Non aver riscosso**

eventuali mandati emessi a suo nome in pagamento del beneficio al quale rinuncia

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'articolo 10 della legge 675/96 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

**Allega copia del documento di identità** \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

(specificare tipo di documento)

**Data** \_\_\_\_\_

**Firma del/della dichiarante**  
(per esteso e leggibile)