

INDICAZIONI OPERATIVE RELATIVE AL RIMBORSO TASSE A SEGUITO DELLA FASE STRAORDINARIA DI ISCRIZIONE ALLE SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE DI AREA MEDICA – A.A. 2018/2019

RIMBORSO

Coloro i quali richiedano il rimborso delle tasse dopo immatricolazione in altra Università a seguito della fase straordinaria di iscrizione alle scuole di specializzazione di area medica possono:

- Spedire con raccomandata A/R l'istanza di rimborso in originale corredata della fotocopia di un documento d'identità in corso di validità al seguente indirizzo:

Servizio Sistemi archivistici di Ateneo
Ufficio Protocollo e archivio di deposito
Palazzo del Maino - Via Mentana, 4
27100 Pavia

OPPURE

- consegnare di persona la documentazione recandosi presso il Servizio sanità e post laurea in via Forlanini 8 a Pavia. Gli orari di apertura dello sportello, limitatamente alle operazioni di immatricolazione, sono:

**lunedì, martedì, mercoledì dalle ore 9.00 alle ore 12.00 e dalle ore 14.00 alle ore 16.00;
giovedì e venerdì dalle ore 9.00 alle ore 12.00 e dalle 13.00 alle 15.00**



Servizio Sanità e Post laurea

BOLLO
€ 16,00

Magnifico Rettore
Università degli Studi di Pavia

Il Sottoscritto

Matricola n. _____

Cognome _____ Nome _____

Nato/a _____ Prov. _____ il _____

Residente a _____

in via _____

Iscritto per l'a.a. _____ al _____ anno della Scuola di
specializzazione in _____

CHIEDE IL RIMBORSO DELLE TASSE per la seguente motivazione:

immatricolazione in altra Università a seguito della fase straordinaria di iscrizione alle scuole di specializzazione di area medica per l'a.a. 2018/2019 per un importo di € _____

N.B. allegare:

1. fotocopia del versamento di cui si chiede rimborso
2. fotocopia documento d'identità in corso di validità

Pavia, _____

Firma _____



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PAVIA
Servizio Segreteria Studenti

MODULO DI PAGAMENTO PER RIMBORSO

Il sottoscritto (cognome e nome) _____, matr. n. _____,
nato a _____ (provincia _____) il _____,
codice fiscale _____ tel. _____

comunica le proprie coordinate

per la richiesta di rimborso allegata.

Il sottoscritto dichiara di essere (barrare una delle due voci):

- intestatario cointestatario

N.B.: L'accredito non può essere effettuato a favore di un c/c (o carta) non intestato o non cointestato allo studente. L'accredito ha valore di quietanza liberatoria a tutti gli effetti fino a revoca da parte dello scrivente, che si impegna a tenere indenne l'Università da ogni danno possa derivare dal disposto accreditamento.

di (barrare una delle quattro voci):

- c.c. bancario Ateneo Card Pavia
 c.c. postale altra carta prepagata con IBAN

con le seguenti coordinate:

IBAN:	Codice Paese (2 caratteri numerici)	Check Digit (2 caratteri numerici)	CIN (1 carattere alfabetico)	ABI (5 caratteri numerici)	CAB (5 caratteri numerici)	numero C/C (12 caratteri alfanumerici senza spazi o caratteri speciali)
	<u>IT</u>					

N.B.: Compilare ogni spazio del prospetto sottostante con le coordinate IBAN del proprio c/c o carta, oppure allegare copia della comunicazione della propria banca/ufficio postale con l'indicazione delle coordinate IBAN.
In caso di coordinate incomplete o illeggibili, il rimborso non potrà essere emesso.

Cognome e nome intestatario/i _____

Banca/Ufficio postale _____

sede di _____ prov. _____ C.A.P. _____

indirizzo Banca/Ufficio postale: via _____ n° civico _____

Pavia, _____
Data

firma dello studente

ATTENZIONE: le coordinate bancarie saranno registrate tra i dati personali dello studente e utilizzate per ulteriori forme di rimborso o pagamenti. Lo studente è tenuto a comunicare tempestivamente eventuali variazioni

Pavia, _____
Data

firma dello studente