



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI UDINE

Struttura:
Segreteria studenti di area medica e
specializzazioni mediche

COGNOME				NOME			
Data di nascita		Comune o Stato estero di nascita		Provincia		Stato	
Indirizzo (via, piazza, n. civico)				Recapito telefonico			
Comune o stato estero di residenza				C.A.P.		Provincia	
Indirizzo di posta elettronica							
Codice Fiscale							
Codice Identificativo estero		<input type="checkbox"/> Si dichiara che nel Paese di residenza non è in uso un codice fiscale e/o di identificazione ai fini fiscali					

MODALITÀ DI PAGAMENTO

Bonifico bancario (*)

Istituto Bancario			
Indirizzo		Città	
Agenzia n°			
IBAN (pagamenti in Italia)			
IBAN SWIFT (pagamenti all'estero)			
(*) indicare obbligatoriamente tutti i caratteri alfanumerici che compongono le coordinate IBAN o IBAN/SWIFT e la dicitura completa dell'istituto di credito. In caso contrario potrebbe essere compromessa la regolarità e la tempestività del pagamento. L'indicazione di dati incompleti o errati comportano l'addebito di una commissione bancaria.			
NB: il conto corrente deve essere intestato o cointestato al prestatore			

Ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, consapevole delle responsabilità penali per dichiarazioni mendaci e atti falsi il/la sottoscritto/a dichiara la veridicità dei dati riportati e si impegna, in caso di variazione della propria posizione, a comunicare tempestivamente al committente le eventuali variazioni che dovessero intervenire a modificare quanto sopra dichiarato

Il/la sottoscritto/a dichiara, inoltre, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del Decreto Legislativo 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data _____

Firma _____