UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI CAGLIARI

ANNO ACCADEMICO _____ - DOMANDA DI ESONERO DAL VERSAMENTO DEL CONTRIBUTO
Articolo 20 -Orfani e studentesse/i decedute/i - del Regolamento contribuzione studentesca

Al Magnifico Rettore
dell'Università degli studi di
Cagliari

Il/La sottoscritto/a

Cognome	Nome	Codice fiscale

Data di nascita	Prov.	Comune di nascita	Comune di residenza

Indirizzo di residenza (via, piazza)	N.	Prov.	CAP	Telefono fisso o cellulare

in qualità di_____

C H I E D E

L'esonero totale dal pagamento del contributo onnicomprensivo annuale e il rimborso delle relative somme versate per l'Anno Accademico_____ risultanti a nome dello studente:

Cognome	Nome	Codice fiscale

Data di nascita	Prov.	Comune di nascita	Comune di residenza

Indirizzo di residenza (via, piazza)	N.	Prov.	CAP	Telefono fisso o cellulare

A tal fine allega la seguente documentazione:

- Dichiarazione sostitutiva di atto notorio nella quale il richiedente dichiara l'assenza di testamento o la presenza dello stesso e indica tutti gli eredi legittimi o testamentari.
- Eventuale delega da parte degli eredi al pagamento in capo al richiedente.
- Comunicazione coordinate bancarie di riferimento del delegato o di tutti gli eredi.

Cagliari,_____(inserire la data)

Firma

_____

La firma deve essere apposta in presenza del dipendente addetto ovvero si deve allegare la fotocopia di un documento di identità – Articolo 38 DPR n. 445/2000 - oppure il modulo deve essere sottoscritto mediante la firma digitale o la firma elettronica qualificata, il cui certificato è rilasciato da un certificatore qualificato – Art. 65 D.LGS. N. 82/2005.

Riservato all'Università

☐ **La domanda è stata accolta.**

☐ **La domanda non è stata accolta per la seguente motivazione:**

_____

_____

Cagliari, _____Il Dirigente