

Modello **B1/C** Tasse universitarie per corsi curriculari della prima laurea o specializzazione dell'orfano di un dipendente deceduto

All'Ufficio Welfare
dell'Azienda Sanitaria Provinciale di
ENNA
welfare@asp.enna.it

__l__ sottoscritt__ _____ nat__ a _____ il __/__/_____
Codice Fiscale _____, residente in _____ CAP _____
nella Via/Piazza _____ n _____ email _____
tel. casa _____ tel. cellulare _____ orfan__ del__ dipendente dell'ASP di Enna,
_____ matricola _____, nato il __/__/_____
e deceduto il __/__/_____

CHIEDE

Il rimborso, nella misura prevista dal "Regolamento Welfare" delle tasse universitarie sostenute per la propria iscrizione al _____ anno del corso di laurea/specializzazione

	Biennale
	Triennale
	Quadriennale
	Quinquennale

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste per coloro che rilasciano false attestazioni, dichiara che non è in possesso di altra laurea o specializzazione.

Si allega la seguente documentazione:

1. fotocopia del documento di identità dell'orfano/a del dipendente, che richiede il sussidio
2. copia dei versamenti effettuati quale tasse di iscrizione.

Si autorizza il trattamento dei dati personali esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

_____, il _____

Firma per esteso

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO
(Art 46 e art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e s.m.i)

Il sottoscritt _____
nat_ a _____ il ___ / ___ / _____ C.F. _____ ,
consapevole della responsabilità penale e delle conseguenti sanzioni cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti, uso di atti falsi, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti in seguito a provvedimenti emessi sulla base di dichiarazioni non veritiere, così come previsto dall'art. 75 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i.

DICHIARA⁵

Luogo

Data

Firma

.....

⁵ - Dichiarazione sostitutiva di certificazione di appartenenza dell'orfano al nucleo familiare del dipendente deceduto.