



UNIVERSITÀ
DI PAVIA

AL MAGNIFICO RETTORE DELL'UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PAVIA

IL SOTTOSCRITTO

Matricola n. _____

Cognome _____ Nome _____ Nato/a a _____

_____ Prov _____ Il _____

Residente a _____ Prov _____ Cap _____

Via/Piazza _____ N. _____ tel. _____

☐ iscritto/a alla scuola di specializzazione in _____ all'anno _____

☐ specializzato/a in _____

in data _____

CHIEDE

IL RILASCIO DEL SEGUENTE CERTIFICATO:

Compilare la tabella che segue indicando una delle due alternative presentate sulla stessa riga.

	con esami sostenuti		ad uso giurisdizionale
	importo borsa		altro
	Valido per l'Italia		
	Valido per l'Estero		

specificare il motivo per il quale viene richiesto il certificato:

- ☐ Certificati a uso borse di studio (art. 11 tab. B DPR 642/1972)
- ☐ Certificati richiesti ai fini della dichiarazione dei redditi o ad accertamenti fiscali (art. 5 tab. B DPR 642/1972)
- ☐ Certificati a uso pensione (art. 9 tab. B DPR 642/1972)
- ☐ Certificati a uso consentito dalle leggi tributarie (art. 5 tab. B DPR 642/1972)
- ☐ Certificati per le procedure connesse al rilascio di assegni familiari (art. 9 tab. B DPR 642/1972)
- ☐ Certificati per i procedimenti disciplinati dalle norme sull'immigrazione (art. 5 tab. B DPR 54/2002)
- ☐ Certificati per le procedure connesse alla leva militare (art. 2 tab. B DPR 642/1972)
- ☐ Certificati per le procedure legate a Onlus, organizzazioni di volontariato e le altre associazioni di cui all'art. 4 D. Lgs. 117/2017 (art.27bis Tab.B DPR 642/1972)
- ☐ Altro _____

NB: i casi riportati con riferimento alla Tabella B del DPR 642/1972 o al DPR 54/2002 sono esenti da bollo.
Nel caso in cui il richiedente selezioni Altro il certificato sarà soggetto a marca da bollo da 16€. Selezionare solo uno dei casi riportati.

Tipo di consegna

Al seguente indirizzo e-mail _____

In alternativa è possibile procedere con il ritiro del certificato, previo appuntamento o delega, presso sportello Specialità, Campus della salute Ufficio 11 - c/o Fondazione IRCCS Policlinico S. Matteo - Viale Golgi, 19 - 27100 Pavia.

SI ALLEGA LA FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO D'IDENTITÀ

Data _____

***Firma** _____

Il sottoscritto dichiara, ai sensi dell'art. 13 del GDPR, che i dati personali qui contenuti saranno utilizzati esclusivamente per fini istituzionali. Inoltre, lo studente gode dei diritti di cui agli artt. 15-22 del GDPR e in particolare ha il diritto di accedere ai propri dati, ai successivi aggiornamenti, correzioni o integrazioni, o di opporsi al loro utilizzo per motivi legittimi. Tali diritti possono essere esercitati con richiesta al Titolare del trattamento dei dati (Magnifico Rettore dell'Università degli Studi di Pavia – C.so Strada Nuova 65 – 27100 Pavia). Per ulteriori informazioni si rimanda all'informativa estesa sulla privacy <https://privacy.unipv.it/wp-content/uploads/2020/03/Informativadichiarazionesostitutiva.pdf>.