

**ALL'UFFICIO CONTABILITA'**

	Cognome		Nome
Il/la Sottoscritto/a	<input type="text"/>		<input type="text"/>
Nato/a a	<input type="text"/>	il	<input type="text"/>
Residente in	<input type="text"/>	C.A.P.	<input type="text"/>
Via e n. civico	<input type="text"/>		
Codice fiscale	<input type="text"/>		
Banca	<input type="text"/>		
Città	<input type="text"/>		

CODICE IBAN:

Sigla Internaz.	Num. di controllo	CIN	ABI	CAB	NUMERO DI CONTO CORRENTE
<input type="text"/>					

- DOTTORATO DI RICERCA
- ASSEGNO DI RICERCA
- MEDICO IN FORMAZ.SPECIALISTICA
- SPECIALIZZAZIONE EX L.398/89
- ALTRE BORSE DI STUDIO
- STUDENTI (BORSA ERASMUS – PART-TIME - RIMBORSO TASSE)

*Informativa ai sensi dell'art.13 del D.Lgs. n. 196 del 30.06.03, recante norme sul trattamento dei dati personali: i dati sopra riportati sono raccolti ai fini del procedimento per il quale vengono rilasciati e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo e, comunque, nell'ambito delle attività istituzionali dell'Università degli Studi Napoli Federico II, titolare del trattamento. I dati degli interessati saranno trattati dall'Amministrazione ai sensi del Regolamento d'Ateneo di attuazione del codice di protezione dei dati personali utilizzati dall'Università ed ai sensi del Regolamento d'Ateneo per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari, emanati rispettivamente con D.R. n.5073 del 30.12.05 e con D.R. n.1163 del 22.03.06. All'interessato competono i diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs. n. 196/03. Il Titolare del trattamento dei dati è l' Università degli Studi di Napoli Federico II. Il Responsabile del trattamento dei dati è il Capo dell'Ufficio Contabilità.*

Si allega fotocopia di documento di riconoscimento in corso di validità

Napoli, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma