

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI SIENA

AREA SERVIZI ALLO STUDENTE

DIVISIONE CORSI DI AREA SANITARIA E POST-LAUREA

SCHEDA PER L'ISCRIZIONE ALL'ANNO ACCADEMICO 2018/2019

(DA COMPILARE CON ATTENZIONE IN OGNI SUA PARTE IN STAMPATELLO, IN MODO CHIARO E LEGGIBILE, O BARRANDO LE CASELLE)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI (D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445)

I sottoscritt dichiara di essere stat_ preventivamente ammonit_ sulle responsabilità penali, di cui all'art. 26 della Legge 04/01/1968 n. 15, cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci e che, dichiarando gli elementi necessari, autocertifica la veridicità delle informazioni rese. **(N.B.: Le dichiarazioni rese su questo o altri supporti - cartacei o elettronici - vengono controllate annualmente, analiticamente o a campione, secondo le modalità stabilite dall'Amministrazione Universitaria).**

I sottoscritt dichiara di essere a conoscenza delle incompatibilità previste dall'art. 31 comma 2 del Regolamento Didattico di Ateneo (Emanato con D.R. n.1332/2016 DEL 26/09/2016) e da quanto previsto da disposizioni ministeriali.

DICHIARAZIONE DI PRESA VISIONE DELLE NORME PER IL RINNOVO DELL'ISCRIZIONE AGLI ANNI SUCCESSIVI PER L'A.A. 2018/2019 E DEL REGOLAMENTO PER LA DETERMINAZIONE E LE MODALITÀ DI PAGAMENTO DELLE TASSE E CONTRIBUTI DOVUTI PER L'ISCRIZIONE AI CORSI DELL' UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI SIENA A.A.2018/2019

I sottoscritt dichiara di essere a conoscenza delle norme vigenti per il rinnovo dell'iscrizione all'anno accademico in corso e del Regolamento tasse e contributi universitari pubblicati entrambi sul portale di Ateneo

Firma dello studente _____

Sez. A: DATI ANAGRAFICI

MATRICOLA N°

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CODICE FISCALE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

IL SOTTOSCRITTO

COGNOME

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NOME

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DATA DI NASCITA

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

LUOGO DI NASCITA

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PROVINCIA

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CHIEDE DI ESSERE ISCRITTO PER L'A.A. 2018/2019 AL

☐ ° anno in corso ☐ fuori corso ☐ ripetente ☐ sotto condiz. ☐

DELLA SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE

in

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CURRICULUM DELLA SCUOLA (dove presenti)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

A tale scopo lo scrivente CHIEDE di essere ammesso a sostenere, durante le sessioni dello stesso anno accademico o secondo gli appositi provvedimenti individuali, l'esame teorico-pratico per il quale ha ottenuto le attestazioni di frequenza.

A tale scopo DICHIARA di essere consapevole che gli esami superati in violazione alle norme dell'ordinamento didattico saranno annullati d'ufficio.

Sez. B: RISERVATA AGLI STUDENTI CON DISABILITÀ



se lo studente disabile rientra nella categoria con una disabilità riconosciuta pari o superiore al 66%, ai sensi dell'art. 8 del D.P.C.M. del 09/04/2001, pubblicato in G.U. n. 172 del 26/07/2001, ha diritto ad ottenere la dispensa totale dal pagamento delle tasse e dei contributi universitari. A tal fine Gli studenti interessati dovranno consegnare all'Ufficio Accoglienza disabili e servizi DSA la fotocopia del certificato di invalidità, esibendo anche l'originale. Sono esonerati dalla consegna di tale certificazione solo coloro che già in passato avevano ottenuto l'esonero per invalidità permanente. Si ricorda di consegnare all'Ufficio Accoglienza Disabili e servizi DSA la fotocopia del certificato d'invalidità, esibendo anche l'originale. Sono esonerati dalla consegna solo coloro che in passato avevano ottenuto l'esonero per invalidità permanente.



su domanda inviata al Magnifico Rettore lo studente disabile che rientra nella categoria con una disabilità riconosciuta compresa tra il 50 ed il 65% può essere esonerato anche parzialmente dal pagamento delle tasse universitarie. La richiesta sarà valutata

dalla Commissione Fondo di solidarietà integrata dal delegato del Rettore alla Disabilità. La commissione terrà in considerazione il tipo di disabilità, la percentuale di disabilità le condizioni di reddito e di merito.

- ☐ se lo studente è figlio di un beneficiario della pensione di inabilità, è concessa l'esenzione dalla tassa di iscrizione e contributi universitari così come stabilito dalla legge 118/71 art n.30
- ☐ Barrare la casella se lo studente ha una diagnosi certificata da parte delle competenti autorità di DSA, ai sensi della Legge 170/2010 in materia di disturbi specifici di apprendimento in ambito scolastico, documentata presso l'Ufficio Accoglienza disabili e servizi DSA.

Sez. C: RESIDENZA ANAGRAFICA DELLO STUDENTE

(Ogni variazione successiva di residenza o di domicilio deve essere comunicata tempestivamente agli uffici)

INDIRIZZO (VIA E N° CIVICO)

COMUNE

CAP

PROV.

N° TELEFONO

CELL.

E-MAIL

- ☐ (Barrare nel caso si elegga la RESIDENZA come **recapito** per comunicazioni concernenti l'iscrizione alla scuola)

Sez. D: DOMICILIO

(Ogni variazione successiva di residenza o di domicilio deve essere comunicata tempestivamente agli uffici)

PRESSO

INDIRIZZO (VIA E N° CIVICO)

COMUNE

CAP

PROV.

N° TELEFONO

CELL.

E-MAIL

- ☐ (Barrare nel caso si elegga il DOMICILIO come **recapito** per comunicazioni concernenti l'iscrizione alla scuola)

_____, lì _____ Firma leggibile _____

ALLA PRESENTE LO SCRIVENTE ALLEGA I SEGUENTI DOCUMENTI:

- FOTOCOPIA FRONTE RETRO DI UN DOCUMENTO DI IDENTITA' PERSONALE IN CORSO DI VALIDITA'

AUTOCERTIFICAZIONE ISEE

(SONO ESCLUSI I LAUREATI IN MEDICINA E CHIRURGIA DELLE SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE DI AREA MEDICA DI TIPOLOGIA CONFORME ALLA NORMATIVA DELL'UNIONE EUROPEA)

DICHIARO DI NON VOLER PRESENTARE ALCUN REDDITO

☐

NUMERO COMPONENTI NUCLEO FAMILIARE

INDICATORE SITUAZIONE ECONOMICA (ISEE)

NUMERO/DATA PROTOCOLLO INPS

AL FINE DI POTER BENEFICIARE DELL'ESONERO PARZIALE DAL PAGAMENTO DELLE TASSE

IL/LA SOTTOSCRITTA/O. _____

DICHIARA DI NON ESSERE BENEFICIARIO DI ALCUNA ALTRA FORMA DI PROVVIDENZA.

Data _____

Firma studente _____

Informativa sulla tutela dei dati personali:

Ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 della normativa nazionale vigente in materia di protezione dei dati personali, si informa l'interessato che il conferimento dei dati richiesti con la presente documentazione è obbligatorio ai fini del procedimento per il quale sono raccolti. Tali dati, previsti dalle disposizioni vigenti, verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo, e comunque, per finalità connesse allo svolgimento dei compiti istituzionali propri dell'Università di Siena; potranno essere comunicati ad altre amministrazioni pubbliche e/o società esterne qualora ciò sia necessario per il perseguimento di finalità di natura istituzionale o per adempiere ad obblighi prescritti dalla normativa vigente. In relazione ai dati conferiti lo studente gode dei diritti previsti dall'art. 15 e seguenti del citato Regolamento Europeo. Il Titolare del trattamento dei dati è l'Università di Siena - Via Banchi di Sotto, 55 – Siena.

Data _____ Firma studente _____