1506 UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI URBINO CARLO BO

Erasmus+

Ufficio Mobilità Internazionale, Via Saffi, 2 61029 Urbino (PU), fax +39 0722 304409, tel.+390722 305 325 e-mail - studerasmus@uniurb.it

MODULO PER IL PAGAMENTO DELLA BORSA ERASMUS

Il beneficiario della borsa deve essere INTESTATARIO O COINTESTATARIO DEL CONTO

Il/La sottoscritto/a Cognome …….. Nome ……

- **autorizza il committente all'uso dei dati sopra indicati secondo quanto disposto dalla Legge 31 dicembre 1996 n° 675 e successive modificazioni ed integrazioni;**
- **ai sensi della Legge 4.1.1968 n° 15 e successive modificazioni ed integrazioni e del D.P.R. 20.10.1998 n° 403, dichiara di essere consapevole delle conseguenze anche penali cui può andare incontro in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci (art. 26, L.4.1.1968, n° 15)**

DATI ANAGRAFICI

Cognome …… Nome……

Data di nascita …… Comune di nascita ……

Città straniera nascita …… Nazione di nascita ……

Cittadinanza …… Sesso M F

Indirizzo …… n. civico ……

Comune …… CAP…… Provincia ……

E-mail ……@…… Tel. ……

Codice fiscale. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

☐ chiede che la somma sia accreditata in C/C BANCARIO:

IBAN:

PAESE	CHECK	CIN	ABI	CAB	CONTO
☐☐	☐☐	☐	☐☐☐☐☐	☐☐☐☐☐	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

BANCA : _____

INTESTATO A : _____

CAUSALE : **Borsa Erasmus**

☐ chiede che la somma sia accreditata in C/C POSTALE:

IBAN:

PAESE	CHECK	CIN	ABI	CAB	CONTO
☐☐	☐☐	☐	☐☐☐☐☐	☐☐☐☐☐	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Poste Italiane S.p.A. CITTÀ_____

INTESTATO A : _____

CAUSALE : **Borsa Erasmus**

Data ……. Firma del dichiarante ……