



Area didattica e servizi agli studenti

Divisione qualità della didattica e servizi agli studenti

Ufficio alta formazione

scuolemediche@uniss.it

AI MAGNIFICO RETTORE

...I....sottoscritt....(cognome).....(nome).....
..... nat...il.../.../.....comune di nascita residente in
.....via.....n°.....prov.....c.a.p.....
n°telefono.....email.....pec.....
precedentemente iscritt..... al 1° anno della Scuola di Specializzazione in
..... dell'Università degli
studi di Sassari;
immatricolato successivamente, a seguito di ulteriori scorrimenti al 1° anno della Scuola di
Specializzazione in dell'Università
.....;

CHIEDE

il rimborso delle tasse universitarie relative all'anno accademico 2024/2025, su C.C.
intestato/cointestato personalmente al richiedente.

**IL RIMBORSO AVVERRÀ SUL CODICE IBAN PRESENTE NELLA SUA AREA
RISERVATA.**

Può controllare la correttezza, modificare o inserire il codice IBAN accedendo alla sua area
riservata: <https://uniss.esse3.cineca.it/Home.do> (HOME - DATI STUDENTE - DATI
RIMBORSO - MODIFICA DATI DI RIMBORSO)

Firma

.....

La domanda deve essere inviata via PEC al seguente indirizzo: protocollo@pec.uniss.it

DOMANDA DI RIMBORSO TASSE SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE MEDICHE