**DICHIARAZIONE**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARA**

di aver sostenuto in toto le spese di immatricolazione al master di II livello in Ingegneria Clinica

oppure

di aver usufruito di sconti/rimborsi sulla quota di iscrizione per un totale di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ €

Nel caso in cui, in data successiva a questa dichiarazione, dovessi ricevere da enti esterni all’Università di Trieste rimborsi, anche parziali, della quota di immatricolazione, mi impegno a darne immediata comunicazione alla direzione del Master e alla segreteria studenti post lauream (master@amm.units.it) in modo che possa essere emesso opportuno bollettino di pagamento.

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ In fede

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_