

REGIONE MARCHE
SERVIZIO RISORSE FINANZIARIE E BILANCIO

Via Gentile Da Fabriano, 9 60125 Ancona
Fax: n° 071.8062192
Pec: regione.marche.finanze@emarche.it

Oggetto: ISTANZA DI RIMBORSO TASSA PER L'ABILITAZIONE DELLA PROFESSIONE
(Dichiarazione sostitutiva ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a: _____
nato/a a: _____ il: _____
residente a: _____ CAP: _____
Via/P.zza: _____ n.: _____
Codice Fiscale: _____ Telefono: _____
e-mail: _____ pec: _____

CHIEDE

Il rimborso della somma di € _____ (in lettere: _____)
per il seguente motivo:

- pagamento doppio;
 pagamento non dovuto: _____

Eventuali annotazioni: _____

Sede Ateneo dove è stato conseguito il titolo accademico (*): _____

(* Sono tenuti al versamento della TAEP solo coloro che hanno conseguito il titolo accademico in uno degli Atenei aventi sede legale nel territorio della Regione Marche. Il pagamento della tassa deve essere dimostrato all'atto della consegna del titolo o, per le professioni per le quali si fa luogo all'iscrizione in un Albo o ruolo professionale, al momento dell'iscrizione allo stesso.

SCELTA DELLA MODALITA' DI RIMBORSO

- assegno circolare non trasferibile;
 accredito su C.C. Bancario / C.C. Postale **intestato al richiedente:**

BANCA _____ FILIALE _____

IBAN:

PAESE	Cin eur	CIN	ABI	CAB	CONTO CORRENTE

ALLEGARE:

- 1) **originale** ricevuta/attestazione di pagamento (bollettino postale / bonifico bancario), se si tratta di un rimborso parziale allegare una copia. Nel caso di doppio versamento allegare copia della ricevuta del versamento valido e l'originale del versamento chiesto a rimborso;
- 2) copia fotostatica di DOCUMENTO di RICONOSCIMENTO in CORSO di VALIDITA';
- 3) copia fotostatica del titolo accademico (da allegare solo nel caso in cui lo stesso sia stato conseguito fuori del territorio regionale);

Ai sensi del D.P.R. 445/2000, consapevole della responsabilità penale cui può incorrere per dichiarazioni mendaci, falsità in atti e uso di atti falsi, così come disposto dall'art. 76 del citato D.P.R. 445/2000.

Firma del/della dichiarante

Data _____
