



## Università degli Studi di Trieste

Sezione Didattica

P.le Europa, 1 34127 TRIESTE

Tel. +39 040 5583184 Fax +39 040 5583100

**DICHIARAZIONE RESA AI SENSI DEGLI ARTT. 46 e 47 DEL D.P.R. 28 DICEMBRE 2000 N. 445**

**AL MAGNIFICO RETTORE DELL'UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TRIESTE**

Il /La sottoscritto/a

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

N° Matricola dipendente \_\_\_\_\_

In servizio presso \_\_\_\_\_

Assunto con contratto:

a tempo indeterminato  a tempo determinato fino al \_\_\_\_\_

Iscritto o intende iscriversi al Corso di Studio \_\_\_\_\_

Anno accademico di prima immatricolazione \_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_

E -mail \_\_\_\_\_

### DICHIARA

- di essere dipendente a tempo indeterminato a tempo pieno o a part-time uguale o superiore al 66,6%, o a tempo determinato (il cui relativo contratto prevede una durata di almeno 6 mesi lavorativi dal momento dell'iscrizione universitaria)
- di volersi iscrivere al \_\_\_\_\_ anno del Corso di Studi in \_\_\_\_\_  
(numero di matricola studente \_\_\_\_\_)
- di essere in possesso dei requisiti richiesti per poter usufruire dell'agevolazione a favore dei dipendenti dell'Università

Trieste, \_\_\_\_\_

(firma del dipendente)