**DICHIARAZIONE PAGAMENTO CONTRIBUTO MASTER DA PARTE DI ENTE ESTERNO**

Con la presente l’Azienda/Ente (Ragione Sociale)

Partita IVA: ------------------------------------------------ Codice Fiscale: ---------------------------------------------------------

Indirizzo sede legale: ------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Città: -------------------------------------------- Provincia: --------------------------------- CAP: ----------------------------------

Tel: ------------------------------------------------- Fax: --------------------------------------------------------

Indirizzo e-mail: ------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Indirizzo e-mail PEC: ------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Referente amministrativo: -----------------------------------------------------------------------------------------------------------

**DICHIARA**

Di effettuare il pagamento dei contributi di iscrizione al master di ----- liv in -----------------------------------a.a. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Per l’iscrizione dei dipendenti sotto riportati:

 dott./dott.ssa --------------------------------------------------------------------------------------

Nato/a.a, --------------------------------------------------- il ---------------------------------------------------

C.F. -------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**per un importo complessivo di euro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ da versare sul cc intestato a Università degli Studi di**

**Parma c/o Crédit Agricole Italia S.p.A. – Agenzia di Parma – Via Università, 1 -43121 Parma**

**codice Iban: IT 25 L 06230 12700 000038436533 in caso di ENTE PRIVATO**

**o sul cc di Tesoreria Unica in caso di ENTE PUBBLICO c/o Banca d’Italia, Tesoreria dello Stato per la**

**provincia di Parma – Piazza Cavour, 6 – 40124 Bologna Conto Tesoreria 36614 entro la data di**

**immatricolazione al corso.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 (luogo) (data) (firma e timbro dell’Azienda/Ente )

***I dati inseriti saranno trattati unicamente per finalità istituzionali dell'Università degli Studi di Parma (Codice in materia di protezione dei dati personali – D.Lgs. 30/6/2003, N. 196 e s.m.i. e del Regolamento Europeo in materia di protezione dei dati personali, n. 679/2016).***