**MODULO PER PAGAMENTO CONTRIBUTO DA PARTE DI AZIENDA/ENTE**

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. 2023/2024

per l’iscrizione dei dipendenti sotto riportati:

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

nato/a.a, --------------------------------------------------- il ---------------------------------------------------------------------

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

**per un importo complessivo di euro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DA PAGARSI entro la data dell’immatricolazione:**

* **in caso di ENTI / AZIENDE PRIVATI mediante PROCEDURA PAGO PA**
* **in caso di ENTI PUBBLICI: 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**

**Si precisa che si intende procedere con:**

* **Pagamento in un’unica soluzione**

* **Pagamento secondo le rate, se previste, previste dal bando .**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 (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).***