**MODULO PAGAMENTO/RIMBORSO QUOTA ASSOCIATIVA**

**AUTOCERTIFICAZIONE resa ai sensi del D.P.R. 445/2000**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

chiede il pagamento/rimborso della quota associativa all’Associazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

BENEFICIARIO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CODICE IBAN:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

A tal fine dichiara che le attività svolte dall’Associazione hanno stretta attinenza con le attività di ricerca condotte dallo scrivente e dal DICMA in quanto: (barrare una o più voci)

* è condizione per l’iscrizione o comporta un risparmio di spesa sul costo complessivo dell’iscrizione al Convegno……………………………………… (Il rimborso si effettuerà all’interno della missione allegando relativa dichiarazione della Società);
* attinenti ai temi di ricerca e di didattica del settore scientifico disciplinare di riferimento;
* coerenti con i temi e con gli obiettivi della ricerca su cui grava la spesa;
* per consentire l'accesso gratuito o a tariffe agevolate a banche dati, libri e riviste;
* per avere la possibilità di pubblicare su riviste specializzate del settore edite dalla società scientifica;
* per usufruire di sconti negli acquisti di materiale librario e degli atti di convegni/congressi non editi dalla società scientifica stessa;
* l'adesione all'associazione sia il presupposto per adeguarsi alle raccomandazioni rilasciate dalla CE nell'ambito della realizzazione di un progetto;
* altre motivazioni. Specificare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

L’ammontare della quota associativa è di € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e dovrà gravare sui fondi di ricerca (\*): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Alla presente richiesta è allegata la seguente documentazione:

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Roma,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(Il Richiedente titolare dei fondi)

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(Il Responsabile Amministrativo Delegato) (Il Direttore)

*(\*) fondi di ricerca nella titolarità del richiedente*