

Alla Direzione del Master di I Livello in Cure Palliative e Terapia Del Dolore

MODULO RICHIESTA BORSA DI STUDIO

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ (____) il _____
residente in _____
Comune _____ (_____)
Cell. _____

email _____

consapevole della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato e della responsabilità penale in cui può incorrere in caso di dichiarazione mendace secondo gli artt. 75 e 76 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445, sotto la propria responsabilità,

AI FINI DELLA VALUTAZIONE PER L'ASSEGNAZIONE DELLE BORSE DI STUDIO, ALLEGA LA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE (barrare quanto allegato):

- Copia documento di Identità in corso di validità
- Curriculum Vitae in formato europeo (con firma autografa)

- ISEE aggiornato

Data _____ Firma _____

Dichiarazione sostitutiva dell'atto notorio

Il/La sottoscritto/a dichiara inoltre, ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del T.U. dd. 28 dicembre 2000 e successive modificazioni, che le fotocopie allegate al presente modulo sono conformi all'originale.

Data _____ Firma _____