DOMANDA PER LA RIASSEGNAZIONE DI BORSA DI STUDIO
e Dichiarazione sostitutiva a norma del D.P.R. 445/2000

"PER REALIZZARE UN SOGNO"

Al Presidente dell'Associazione "NEL SORRISO DI VALERIA" onlus

Il/la sottoscritto/a _____ in qualità di:

☐ **genitore/rappresentante** dello/a studente/ssa ☐ **studente**, se maggiorenne

Chiede la riassegnazione delle borse di studio istituite dall'Associazione "Nel Sorriso di Valeria", come regolate dal Bando di cui ha preso visione. Anno scolastico ……

A tal fine dichiara quanto segue:

GENERALITA' E RESIDENZA ANAGRAFICA DEL RICHIEDENTE:

Cognome e nome	Codice fiscale

Via/piazza	n.	CAP

Comune	Provincia	Telefono/Cellulare

e-mail

Quale genitore/rappresentante dello/a studente/studentessa:

Cognome e nome	Codice fiscale

Già assegnatario di borsa di studio nell'anno scolastico …… e avendo mantenuto un regolare percorso di studi.

SCUOLA FREQUENTATA DALLO STUDENTE:

Istituto Scolastico di appartenenza

Iscritto presso l'UNIVERSITA'

Allega fotocopia del documento del dichiarante.

Il richiedente dichiara di essere consapevole che, in caso di dichiarazione non veritiera, è passibile di sanzioni penali ai sensi del D.P.R. n. 445/2000, oltre alla revoca dei benefici eventualmente percepiti.

Diritto alla privacy: I dati raccolti saranno conservati in una banca dati informatica e cartacea della organizzazione "Nel sorriso di Valeria Onlus" ai sensi dell'articolo 13 del D.lgs 196/2003 e non saranno comunicati o diffusi se non per finalità connesse all'attività dell'organizzazione. In ogni momento si potrà chiedere di aggiornare, cancellare o bloccare, per motivi legittimi, i suoi dati tramite comunicazione

DATA_____ FIRMA DEL RICHIEDENTE_____