

**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;  
Iscrizione al terzo anno/Iscrizione Università.**

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