

Mod. B - studenti maggiorenni

All' Associazione Nazionale Vigili del Fuoco
del Corpo Nazionale
anvvf@pec.it

OGGETTO: BANDO DI CONCORSO PER BORSE DI STUDIO A FAVORE DEGLI ORFANI DEL PERSONALE APPARTENENETE AL CORPO NAZIONALE VIGILI DEL FUOCO (per la frequenza di Corsi di Scuole Primarie (LICENZA ELEMENTARE), Secondarie di Primo (LICENZA MEDIA) e Secondo grado (MATURITA') ed Università (laurea triennale e magistrale) - Anno scolastico/accademico 2023-2024.

La/il sottoscritta/o _____ nata/o _____

il / / residente a Prov.

Via/P.za _____ n. _____ CAP _____

Telefono fisso _____ Cell. _____

e-mail _____

CHIEDE

che venga ammesso/a al concorso di cui all'oggetto nella categoria contrassegnata da **X** e che le comunicazioni relative alla presente domanda vengano inviate all'indirizzo riportato sopra

	<i>classe intermedia</i>	<i>licenza</i>
SCUOLA SUPERIORE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
UNIVERSITA'	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A tal fine allega le dichiarazioni e la documentazione richiesta.

In caso di assegnazione della borsa di studio chiede di accreditare l'importo al seguente codice IBAN:

[illegible]

intestato a: _____

Ai sensi dell' art. 2 quinquies D.Lgs 196/2003 aggiornato al D.Lgs. 101/2018 la/il sottoscritta/o autorizza l'ANVVF ad utilizzare i dati personali dichiarati ai soli fini necessari per l'espletamento e la pubblicazione della procedura concorsuale di cui alla presente domanda.

Luogo e data

_____ / _____ / _____

Firma del/la dichiarante

MOD. B/1

DICHIARAZIONE

La/il sottoscritta/o _____ nata/o _____

il ____/____/____ residente a _____ Prov. _____

Via/P.za _____ n. _____

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia

DICHIARA

☐ che il proprio genitore già dipendente del CNVF (indicare cognome e nome – Comando VVF di appartenenza)

☐ è caduto servizio (luogo e data e se vittima del dovere) _____

☐ è deceduto per malattia, cause naturali o altro (luogo e data e se riconosciuta dipendente da causa di servizio)

☐ è stato dispensato dal servizio per permanente inabilità fisica (data) _____

☐ che i genitori sono entrambi deceduti (indicare cognome e nome dell'altro genitore e data di morte)

☐ che nell'anno scolastico 2022/23 il minore è stato iscritto/a alla classe _____ presso la

Scuola o Istituto _____
(indicare la località e denominazione)

☐ che nell'anno accademico 2022/2023 risulta iscritto/a al _____ anno della Facoltà di

_____ della Università di _____

con la votazione indicata nel certificato allegato (**vedi Art. 3 del Bando**).

N.B.: allegare la Certificazione dei voti rilasciata dalla Scuola o dalla Università

Luogo e data

_____, ____/____/____

Firma del/la dichiarante

DICHIARAZIONE

La/il sottoscritta/o _____ nata/o _____

il ____/____/____ residente a _____ Prov. _____

Via/P.za _____ n. _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

di essere portatore di HANDICAP accertato da parte della competente Commissione Medica ai sensi per gli effetti della Legge 104/1992;

che gli è stata riconosciuta una percentuale d'invalidità nell'ordine del _____ %

N.B.: Allegare copia del verbale di accertamento dell'handicap da parte della competente commissione medica ai sensi e per gli effetti della Legge 104/1992

Luogo e data

_____, ____/____/____

Firma del/la dichiarante

DICHIARAZIONE

La/il sottoscritta/o _____ nata/o _____

il ____/____/____ residente a _____ Prov. _____

Via/P.za _____ n. _____

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia

DICHIARA

di **non aver fruito** per il medesimo anno scolastico di altri benefici analoghi erogati dallo Stato o da altre Istituzioni pubbliche e/o private (vedi art.2 del Bando).

Per benefici analoghi si intendono prestazioni in denaro di valore comunque pari o superiore al 50% dell'importo della borsa messa a concorso.

Luogo e data

_____, ____/____/____

Firma del/la dichiarante