

ALLEGATO A

Associazione Alzheimer MultiMedica
ETS

Viale Piemonte, 70

21053 Castellanza (VA)

Oggetto: domanda di partecipazione alla procedura di assegnazione di contributo di sostegno agli studi

Il/la sottoscritto/a.....

Nata/o a.....il.....

Codice fiscale.....

Residente in (prov.....)

Via.....N.....

Telefono

e-mail.....

CHIEDE

Di poter beneficiare del contributo in oggetto

Il /la sottoscritto/a dichiara che le informazioni riportate nella presente domanda sono veritiere ed allega copia del documento di Identità, certificato di iscrizione in corso rilasciato dalla Segreteria degli Studenti e certificazione di malattia del proprio caro.

.....li.....

Firma.....