



ENTE NAZIONALE PER LA PROTEZIONE E L'ASSISTENZA DEI SORDI – ONLUS

Ente Morale che opera senza fini di lucro per l'integrazione dei sordi nella società

I SORDI TUTTO POSSONO TRANNE SENTIRE!

SEDE CENTRALE - Via Gregorio VII, 120 - 00165 Roma
Tel. 06 398051 - Fax 06 39805231 - C.F. 04928591009 - P.IVA 06960941000
www.ens.it



UNI EN ISO 9001:2008
certificato 07.1310



protocollo

All'Ente Nazionale Sordi – Onlus
Sede Centrale
Via Gregorio VII, 120
00165 - Roma

ALLEGATO B - Scheda di domanda

BORSA DI STUDIO AVENTE AD OGGETTO ATTIVITÀ DI RICERCA

“TOMMASO RUSSO CARDONA”

II edizione

(SCRIVERE A CARATTERE STAMPATELLO E BARRARE LE CASELLE CHE INTERESSANO)

Il/la sottoscritto/a **CHIEDE** di partecipare alla selezione, per titoli e colloquio, per il conferimento di n. 1 borsa di studio avente ad oggetto attività di ricerca - denominata “Tommaso Russo Cardona” - **riservata a persone sorde** (certificate tali ai sensi della L. 381/70).

A tal fine, sotto la propria responsabilità, consapevole che le dichiarazioni rese e sottoscritte nella presente domanda hanno valore di autocertificazione e che nel caso di falsità in atti o dichiarazioni mendaci, si applicano le sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia, **DICHIARA**:

COGNOME _____ NOME _____

DATA DI NASCITA __/__/19__ COMUNE DI NASCITA _____

PROV. O STATO ESTERO DI NASCITA _____ CODICE FISCALE _____

RESIDENTE IN _____ VIA/PIAZZA _____ N. _____

PROV. _____ C.A.P. _____

TELEFONO _____ FAX _____ EMAIL _____



ENTE NAZIONALE PER LA PROTEZIONE E L'ASSISTENZA DEI SORDI – ONLUS

Ente Morale che opera senza fini di lucro per l'integrazione dei sordi nella società

I SORDI TUTTO POSSONO TRANNE SENTIRE!

SEDE CENTRALE - Via Gregorio VII, 120 - 00165 Roma
Tel. 06 398051 - Fax 06 39805231 - C.F. 04928591009 - P.IVA 06960941000
www.ens.it



UNI EN ISO 9001:2008
certificato 07.1310

DA COMPILARE SOLO IN CASO DI RECAPITO DIVERSO DALL'INDIRIZZO DI RESIDENZA

Il/la sottoscritto/a chiede che le comunicazioni relative al concorso vengano inviate al seguente indirizzo:

(via/piazza) _____

luogo _____ prov. _____ C.A.P. _____

presso _____

recapito telefonico _____ fax _____

- di essere in possesso del certificato di sordità ai sensi della L. 381/70
- di non aver superato il 35° anno di età
- di essere in possesso della cittadinanza italiana
- di non aver riportato condanne penali o non avere procedimenti penali in corso
- essere iscritto all'Università ed aver conseguito almeno n. 6 esami

presso l'Università di _____ Facoltà _____

Corso di laurea _____ N. esami sostenuti _____

(facoltativo) di essere inoltre possesso del seguente titolo di studio (allegare in fotocopia. Se in possesso di laurea allegare copia dei titoli solo dal certificato di laurea in poi)

- Laurea in _____ conseguita presso l'Università di _____
- Altro titolo _____ conseguito presso l'Università di _____
- Altro titolo _____ conseguito presso l'Università di _____

di richiedere quale persona con disabilità ai sensi della L. 104/92 specifica assistenza (indicare nel campo "Note") in fase di colloquio (sarà assicurata la traduzione Italiano/LIS e viceversa).

Note _____

(luogo e data)

(firma)