



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

“DANIELA FABBRETTI”

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 “Daniela Fabbretti” - **riservata a persone udenti**.

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 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
- di essere in regola con gli obblighi militari

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

Laurea in _____ 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.

Note _____

(luogo e data)

(firma)