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 2024/2025.

La/il sottoscritta/o	nata	a/o	
il/residente a	-0	Prov	
Via/P.za	n.	CAP	
Telefono fissoCell			
e-mail		_	
	UFDE	_	
	HIEDE		
che venga ammesso/a al concorso di cui all'og	•	•	che le
comunicazioni relative alla presente domanda v	_	•	
	isse intermedia	licenza	
SCUOLA SUPERIORE			
UNIVERSITA'			
A tal fine allega le dichiarazioni e la documer In caso di assegnazione della borsa di studio			IBAN:
intestato a:			
Ai sensi dell' art. 2 quinquies D.Lgs 196/20 autorizza l'ANVVF ad utilizzare i dati personali di pubblicazione della procedura concorsuale di cui alla	chiarati ai soli i	fini necessari per l'espletamento e	
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 speciali in materia	è punito ai sensi del codice penale e delle leggi
DICHI	ARA
☐ che il proprio genitore già dipendente del CNVI apparter	
□ è caduto in servizio (fornire indicazioni sulla data e lu	ogo dell'evento)
□ è stato riconosciuto vittima del dovere □ SI	□ NO
□ è deceduto per malattia, cause naturali o altro (luogo servizio)	o e data e se riconosciuta dipendente da causa di
□ è stato dispensato dal servizio per permanente inabi	lità fisica (data)
□ che i genitori sono entrambi deceduti (indicare cogno	ome e nome dell'altro genitore e data di morte)
☐ che nell'anno scolastico 2024/2025 è stato iscritto/a a (indicare la località e denominazione)	·
□ che nell'anno accademico 2023/2024 risulta iscritto/a	
della Università di	
con la votazione indicata nel certificato allegato ( <b>vedi A</b> l	
N.B.: allegare la Certificazione dei voti l Università Luogo e data_,	rilasciata dalla Scuola o dalla

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 di uso di atti falsi, <b>DICHIA</b>	
di essere portatore di HANDICAP accertato Medica ai sensi per gli effetti della Legge 104/19	
che gli è stata riconosciuta una percentuale d'inv	validità nell'ordine del%
N.B.: Allegare copia del verbale di ac della competente commissione medica	
<u>104/1992.</u>	<u> </u>
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 rilas penale e delle leggi speciali in m	cia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice ateria
	DICHIARA
•	no anno scolastico di altri benefici analoghi erogati dallo che e/o private (vedi art.2 del Bando).
Per benefici analoghi si intend superiore al 50% dell'importo de	ono prestazioni in denaro di valore comunque pari o lla borsa messa a concorso.
Luogo e data	
	Firma del/la dichiarante