



## 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 in servizio (fornire indicazioni sulla data e luogo dell'evento) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

è stato riconosciuto vittima del dovere  SI  NO

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 2024/2025 è stato iscritto/a alla classe \_\_\_\_\_ presso la Scuola o Istituto (indicare la località e denominazione)

\_\_\_\_\_

che nell'anno accademico 2023/2024 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