

**SOCIETA' COOPERATIVA FARMACEUTICA**

**CONCORSO BORSE DI STUDIO PER SOCI O FIGLI DI SOCI**

**LAUREA TRIENNALE/MAGISTRALE**  
**FACOLTA' UNIVERSITARIA A CUI E' ISCRITTO/A .....**

- 1° Anno**
- 2° Anno**
- Diploma di Laurea Triennale**
- 1^ Anno**
- DIPLOMA DI LAUREA MAGISTRALE**

**LAUREA MAGISTRALE A CICLO UNICO**  
**FACOLTA' DI LAUREA A CUI E' ISCRITTO.....**

- 1° Anno**
- 2° Anno**
- 3° Anno**
- 4^ Anno**
- ALTRO**
- DIPLOMA DI LAUREA MAGISTRALE A CICLO**

**UNICO**

|  |           |     |
|--|-----------|-----|
| ANNO SCOLASTICO  |           |     |
| COGNOME  | NOME      |     |
| NATO/A   | IL        |     |
| RESIDENTE A (Località)   | PROVINCIA |     |
| INDIRIZZO  | CAP       | TEL |
| CODICE FISCALE   |           |     |
| <b>MEDIA OTTENUTA PER GLI ESAMI SOSTENUTI NELL'ANNO ACCADEMICO</b>     |           |     |
| <b>VOTAZIONE CONSEGUITA PER DIPLOMA DI LAUREA/LAUREA SPECIALISTICA</b> |           |     |

- DOCUMENTI ALLEGATI:
- 1) STATO DI FAMIGLIA
  - 2) PIANO DI STUDI
  - 3) CERTIFICATO UNIVERSITARIO CON VOTAZIONI

**Firma del Concorrente.....**

**Dichiaro sotto la mia responsabilità:**

- ◆ Che il concorrente è in possesso del requisito di appartenenza al nucleo familiare;
- ◆ che non ha beneficiato di Borse di Studio dallo Stato, da Enti o da Istituzioni private ed Aziendali;
- ◆ che tutti i dati riportati sul presente questionario corrispondono a verità.

Data .....

**Firma del Concorrente Socio**  
**(o con la firma aggiunta del familiare socio)**

.....