

**Alla COMUNITA' TERRITORIALE DELLA VAL DI FIEMME**

Servizio Affari Generali

Via Alberti, n. 4

38033 **CAVALESE** (TN)

Oggetto: domanda borsa di studio

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in via/n. civ. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ domiciliato a \_\_\_\_\_ in via/n. civ. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_  
IBAN \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Filiale/Agenzia di \_\_\_\_\_ intestato a \_\_\_\_\_  
n. tel. \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

**ch i e d e**

di poter partecipare al bando per il conferimento di **borse di studio** per studenti residenti in Val di Fiemme iscritti a **corso di laurea a ciclo unico in medicina e chirurgia per l'anno accademico 2019-20**, indetto da codesta Amministrazione con deliberazione Comitato Esecutivo n. di data 01.10.2019.

A tal fine il/la sottoscritto/a, sotto la propria personale responsabilità, consapevole delle responsabilità penali in cui può andare incontro, ai sensi dell'articolo 76 del DPR 445/2000 (T.U. sulla documentazione amministrativa), in caso di dichiarazioni mendaci e di falsità negli atti, e che qualora dal controllo delle dichiarazioni dovesse emergere la loro non veridicità, decadrà dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera,

**dichiara**

(ai sensi degli art. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e ss.mm.)

- 1) di essere residente nel Comune di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_;
- 2) di essere iscritto per l'anno accademico 2019/20 al \_\_\_\_\_ (indicare) anno del corso di laurea a ciclo unico in Medicina e Chirurgia presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_, matricola n. \_\_\_\_\_;
- 3) di essere in possesso dei seguenti requisiti di merito (alternativo):

Anno di Corso	1°	2°	3°	4°	5°	6°	Ultimo semestre
n° crediti minimi conseguiti e registrati	25	25	65	110	165	225	300
<b>n° crediti posseduti al 30.09.2019:</b>							

Nel caso di primo anno di iscrizione, il punteggio conseguito nell'esame di maturità (che non può essere inferiore a 85 punti) : **Punteggio conseguito** \_\_\_\_\_/100

**4) (solo per gli studenti iscritti ad anni successivi al primo)**

di aver frequentato nel periodo dal 01/10/2018 al 30/09/2019 il \_\_\_\_\_  
Anno Accademico del corso di laurea a ciclo unico in Medicina e Chirurgia presso  
l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_

**e che gli esami da sostenere per l'anno accademico indicato erano i seguenti:**

- 1) \_\_\_\_\_
- 2) \_\_\_\_\_
- 3) \_\_\_\_\_
- 4) \_\_\_\_\_
- 5) \_\_\_\_\_
- 6) \_\_\_\_\_
- 7) \_\_\_\_\_
- 8) \_\_\_\_\_
- 9) \_\_\_\_\_
- 10) \_\_\_\_\_
- 11) \_\_\_\_\_
- 12) \_\_\_\_\_

**e di aver sostenuto entro il 30/09/2019 i seguenti esami, riportando i seguenti voti:**

ESAME SOSTENUTO	VOTO RIPORTATO
1) _____	_____
2) _____	_____
3) _____	_____
4) _____	_____
5) _____	_____
6) _____	_____
7) _____	_____
8) _____	_____
9) _____	_____
10) _____	_____
11) _____	_____
12) _____	_____

- 5) di non beneficiare contestualmente di analoghe borse/assegni di studio erogate dalla Provincia Autonoma di Trento o dall'Opera Universitaria di Trento, ovvero da altri Enti Pubblici, per il percorso di studi intrapreso;
- 6) di impegnarsi a comunicare con e mail, o pec, o mediante lettera raccomandata o mediante fax, qualsiasi variazione ai dati di cui sopra che si verificasse fino all'esaurimento della procedura di cui al presente avviso;

- 7) di accettare incondizionatamente le norme contenute nel bando in oggetto e di aver preso visione dell'informativa resa ai sensi del Regolamento UE 2016/679.

**Allega alla domanda i seguenti documenti:**

1. Fotocopia di un documento di identità in corso di validità;

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

Con riferimento al Regolamento UE 2016/679 e al Decreto legislativo 196/2003, sulla tutela della privacy, il/la sottoscritto/a dichiara di essere a conoscenza che i dati forniti saranno utilizzati esclusivamente con riferimento al procedimento per il quale ha presentato la documentazione.

il trattamento sarà effettuato con supporto cartaceo e/o informatico; il conferimento dei dati è obbligatorio per dar corso alla procedura di Suo interesse. L'opposizione al conferimento degli stessi comporterebbe l'impossibilità da parte dell'Amministrazione a rispondere all'istanza del sottoscritto.

I dati forniti saranno trattati dalla Comunità Territoriale della Val di Fiemme, per fini istituzionali, e potranno essere comunicati all'esterno dell'Ente, limitatamente alle informazioni strettamente necessarie per gli adempimenti relativi alla procedura selettiva per la quale vengono raccolti, in conformità a quanto previsto dalle norme vigenti. I dati potranno essere oggetto di diffusione in conformità a specifiche norme di legge.

Il/la sottoscritto/a, ai sensi degli artt. 15 e seguenti del Regolamento UE 679/2016 ha diritto di richiedere la conferma dell'esistenza o meno dei dati che lo riguardano, ottenere la loro comunicazione in forma intellegibile, richiedere di conoscere le finalità e modalità del trattamento, ottenere la rettifica, la cancellazione, la limitazione o la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge; ha anche diritto di richiedere la portabilità dei dati, di farli aggiornare, correggere o integrare, opporsi per motivi legittimi al loro trattamento e proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali.

Per l'esercizio dei propri diritti, il concorrente potrà rivolgersi al Servizio Affari Generali della Comunità Territoriale della Val di Fiemme, Via Alberti 4, Cavalese (TN).

Titolare del trattamento dei dati è la Comunità Territoriale della Val di Fiemme, con sede a Cavalese in Via Alberti 4 (e-mail [info@comunitavaldifiemme.tn.it](mailto:info@comunitavaldifiemme.tn.it), sito internet [www.comunitavaldifiemme.tn.it](http://www.comunitavaldifiemme.tn.it)).

Responsabile della protezione dei dati è il Consorzio dei Comuni Trentini, con sede a Trento, via Torre Verde n 23 (e-mail [servizioRPD@comunitrentini.it](mailto:servizioRPD@comunitrentini.it)), sito internet [www.comunitrentini.it](http://www.comunitrentini.it)

Data, \_\_\_\_\_

Firma

445/2000)

*(non è richiesta autenticazione, ai sensi dell'art. 39 del D.P.R*